



••puls

**w wersji
na czytniki**

**czytaj wygodnie
tam, gdzie chcesz**

**zabierz
w podróż...**

...i do domu!

pobierz e-wydanie



Spis treści



okładka: Marta Konarzewska

TEMAT Z OKŁADKI

4 | Cyfrowa czkawka
Aleksandra Sokalska

5 | Świat, który tworzymy
Artur Drobnik

7 | Dziecko
Jerzy Bralczyk

8 | Co dolega polskim dzieciom
Rozmowa z dr. hab. n. med.
Wojciechem Feleszką,
specjalistą pediatrii

12 | Czas naprawdę ma znaczenie
Rozmowa z Janem Lewandowskim,
specjalistą położnictwa i ginekologii

20 | Neonatologia wczoraj i dziś
Rozmowa z założycielką Kliniki
Neonatologii i Intensywnej Terapii
Noworodka WUM prof. Marią
Borszewską-Kornacką

WYBORY

6 | Imienne listy wyborcze
Aleksandra Sokalska

MEDYCyna

**16 | Jak pomagać ofiarom
przemocy seksualnej?**
Katarzyna Nowakowska

18 | Kosmiczna medycyna
Łukasz Laskus

SPRAWY LEKARZY DENTYSTÓW

**23 | Mazowieckie Spotkania
Stomatologiczne**

**24 | Zęby dziecka to inwestycja
w zdrowie dorosłego**
Rozmowa z dr. n. med. Dariuszem
Paluszkiem, wiceprezesem ORL
w Warszawie

**26 | Realne zagrożenie – realna
ochrona?**
Anna Prawdzik

**27 | Statuetka św. Apolonii –
wyróżnienie z misją**

ZDROWIE PUBLICZNE

**28 | Dokąd zmierza opieka
koordynowana?**
Małgorzata Solecka

30 | Męska kruchość
Paweł Walewski

**32 | Digitalizacja kartotek
pacjentów: szklanka do połowy
pusta czy pełna?**
Artur Olesch

**34 | Niebieska karta w ochronie
zdrowia?**
Małgorzata Solecka

**36 | Sytuacja w ochronie zdrowia
w Szwajcarii**
Dominik Héjj

PRAWO

**38 | Dyżury lekarzy w polskim
systemie prawnym**
Przemysław Rawa-Kłoczek

**40 | Prawne gwarancje
bezpieczeństwa lekarzy**
Filip Niemczyk

IZBA BLIŻEJ LEKARZY

**42 | Podejmowanie decyzji
na podstawie danych**
Rozmowa z Arturem Białoszewskim,
dyrektorem Ośrodka Strategii i Analiz
OIL w Warszawie

**44 | Przychodzi lekarz do rzecznika
odpowiedzialności zawodowej**
Hanna Odziemska

46 | Bezpieczeństwo w szpitalach
Monika Potocka

48 | Lekarskie benefity
Jakub Zakrzewski

49 | Aktualności Komisji ds. Kultury

50 | Aktualności Komisji ds. Sportu

**52 | Amerykański sen to tylko... sen
– list do redakcji**
Paweł Daszkiewicz

PO DYŻURZE

**54 | Główna Biblioteka Lekarska –
więcej niż miejsce z książkami**
Rozmowa z dr. n. med. Feliksem
Orchowskim, dyrektorem Głównej
Biblioteki Lekarskiej

56 | Lekarskie wspomnienia
Jadwiga Wielgat-Hejduk

WYDARZENIA

**11 | Seniorzy w centrum uwagi –
debata o wyzwaniach przyszłości**
Relacja z wydarzenia

35 | Medycy przeciw nienawiści



Ten numer
także na czytnikach!

Cyfrowa czkawka



ALEKSANDRA SOKALSKA
redaktor naczelna

Z okazji Dnia Dziecka chciałabym napisać, że wszystkie polskie dzieci są zdrowe i szczęśliwe. Chciałabym, ale nie mogę. I to nie tylko dlatego, że tyją najszybciej spośród wszystkich dzieci w Europie. Problem, niestety, jest dużo poważniejszy, a dotyczy tego, na jakim świecie żyjemy. Wiem, to brzmi jak narzekanie starego pokolenia na młode. I naprawdę byłoby cudownie, gdyby tylko takim narzekaniem było, ale...

Żyjemy w czasach rewolucji Industrie 4.0, której tempo zmian jest tak dynamiczne, że czasami sobie z nim nie radzimy. A już na pewno nie radzą sobie nasze dzieci. Mówi o tym w rozmowie z „Pulsem” pediatra dr hab. n. med. Wojciech Feleszko: – *Z mojej perspektywy pierwszym najistotniejszym problemem polskich dzieci jest masowe uzależnienie od mediów elektronicznych.* Efektem są m.in. problemy psychiczne, spowolniony rozwój, niższa samoocena, a także owa otyłość, o której teraz niezwykle głośno. Odpowiedzialność za ten stan rzeczy przerzucana jest na rodziców, lekarzy, system ochrony zdrowia, ale tak naprawdę, jak słusznie zauważa doktor: – *Brak nam systemowych rozwiązań na poziomie państwowym, a nawet ponadpaństwowym. Media elektroniczne łowią dzieci jako potencjalnych konsumentów i nie mają żadnych ograniczeń.*

Być może nikt nie znalazł jeszcze sposobu na przeciwdziałanie cyfrowym uzależnieniom, a być może jednak nikt nie

chce z nimi walczyć, bo oznacza to także pójście na wojnę z koncernami, które za owymi mediami, głównie społecznymi (sic!), stoją. Zresztą, bądźmy szczerzy, nie tylko dzieci są uzależnione cyfrowo, ale także dorośli. I tak wszyscy tkwimy zapatrzeni w smartfony, bezsprzecznie korzystając z czwartej rewolucji przemysłowej, ale słabo sobie radząc z jej skutkami ubocznymi. Czy kiedyś odbije nam się to czkawką? Śmiem twierdzić, że już się to dzieje.

Analitycy za to zwracają uwagę na inny poważny problem, a mianowicie na starzejące się społeczeństwo. Polki nie chcą rodzić dzieci – grzmią także politycy i próbują znaleźć rozwiązania, które zachęcą kobiety do macierzyństwa. A może jednak źle diagnozują przyczynę? A biologii nie da się oszukać? Jak słusznie w wywiadzie zauważa Jan Lewandowski, specjalista położnictwa i ginekologii: – *Nasz model życia się zmienił. Pacjentka, która rodzi w Polsce dziecko, to najczęściej 33-latką. Dla porównania w latach 80. mediana wynosiła 23 lata.* I dodaje: – *Niektóre modele statystyczne (...) prognozują, że do ok. 2050 r. mężczyzna może nie mieć plemników w nasieniu, bo tak bardzo na przestrzeni lat pogarszają się jego parametry nasienia.* To przypomina mi o eksperymencie Calhouna zwanym mysią utopią. Na szczęście przeprowadzanym w warunkach laboratoryjnych i nie dotyczącym obserwacji populacji ludzi. Choć naprawdę trudno nie ulec wrażeniu, że kryje się jednak za nim jakaś analogia...

foto: Zuzanna Sokalska

Przeciążenie pracą? Wypalenie zawodowe?

Szczegółowe informacje
i zapisy na stronie



Zapraszamy lekarzy i lekarzy dentystów na **trening balintowski**

Termin spotkania w 2025 r.: 13 czerwca

Spotkanie stacjonarne w siedzibie Okręgowej Izby Lekarskiej w Warszawie przy ul. Puławskiej 18.



Świat, który tworzymy



ARTUR DROBNIAK
prezes ORL w Warszawie

Każdego dnia nasza praca – nasza misja – wykracza poza granice gabinetów, szpitalnych sal i dokumentacji medycznej. Tworzymy świat. Świat, w którym żyją nasi pacjenci, nasi bliscy, a przede wszystkim – nasze dzieci. Chcemy, by dorastały w bezpiecznym, empatycznym otoczeniu. By mogły z nadzieją patrzeć w przyszłość. Kiedy zewsząd docierają do nas informacje o narastającej agresji, to od nas, dorosłych, zależy, jakie wartości prześlemy dzieciom. Musimy pokazać im, że człowieczeństwo to nie tylko wiedza i kompetencje, ale także troska, solidarność i odwaga.

KIEDY ŚWIAT SIĘ SYPIE

W kwietniowym numerze „Pulsu” pisałem o naszym zawodzie: *Uczymy się być na posterunku, nawet gdy świat wokół nas się rozpada*. Wiadomość z Krakowa wstrząsnęła naszym środowiskiem. Świat się rozpadł. Śmierć lekarza, do której doszło podczas pełnienia przez niego obowiązków, niesienia pomocy pacjentom, to tragedia, która nie powinna się nigdy wydarzyć.

W takich chwilach, gdy świat zewnętrzny okazuje się niepojęty i brutalny, wielu z nas szuka oparcia tam, gdzie jest ono najtrwalsze – w rodzinie. Właśnie dlatego, kiedy świat się rozpada, naszym obowiązkiem jest ponownie go skleić. Jako lekarze jesteśmy częścią większej wspólnoty – i zawodowej, i społecznej. Jesteśmy też rodzicami, dziadkami, opiekunami. Chcemy, by nasze dzieci dorastały w kraju, w którym zawód

lekarza kojarzy się z szacunkiem, a nie z zagrożeniem. W świecie, gdzie odpowiedzialność i służba publiczna są chronione, a nie wystawiane na próbę.

ZATRZYMAĆ SPIRALĘ PRZEMOCY

W obliczu krakowskiej tragedii Okręgowa Izba Lekarska w Warszawie – nasza zawodowa wspólnota – staje się miejscem jeszcze większej solidarności. Prezydium ORL w Warszawie wystosowało apel przeciw przemocy. Nie godzimy się na nienawiść. Chcemy chronić tych, którzy codziennie pomagają innym – dokładnie tak, jak chronimy własne dzieci. Wezwaliśmy organy założycielskie i kierownictwo podmiotów leczniczych z województwa mazowieckiego do pilnego działania poprawiającego bezpieczeństwo personelu medycznego.

Musimy zatrzymać narastającą falę przemocy i nienawiści, a odpowiedzialność za przyszłość dzieci to realne zadanie, któremu trzeba sprostać. Nie ma dziś ważniejszego pytania niż to, w jakim świecie będą żyć nasze dzieci. Jaką przyszłość im zostawimy – jako ludzie, jako profesjonalisci, jako obywatele?

Nie zapominajmy, że dzieci nie potrzebują bohaterów, tylko dorosłych, którzy będą blisko. Którzy własną postawą pokażą im, że dobroć, odpowiedzialność i wzajemny szacunek to wartości, od których zaczyna się lepszy świat. Dzieci nas obserwują. Musimy im pokazać, że ten świat można budować dalej. Posklejać. Odpowiedzialnie. Razem.

fot. Jacek Kamiński

e-Izba dla lekarzy
i lekarzy dentyistów

Nowoczesny dostęp do danych



prosta aktualizacja | wygoda | bezpieczeństwo



Okręgowa
Izba Lekarska
w Warszawie





Imienne listy wyborcze

Kolejnym krokiem w kalendarzu wyborczym jest opublikowanie imiennych list wyborczych w wyborach na delegatów na OZL X kadencji. Kiedy je poznamy i czy lekarz może zmienić przydział do rejonu?

ALEKSANDRA SOKALSKA

Podczas posiedzenia Krajowej Komisji Wyborczej 26 kwietnia br. przyjęto uchwałę nr 16/25/IX, która zmienia kalendarz wyborczy, przesuwając w nim o miesiąc ostateczny termin ogłoszenia list członków rejonów wyborczych z daty: „do 30 kwietnia” na: „do 31 maja br.”. Decyzja ta nie skutkuje jednak przesunięciem Krajowego Zjazdu Lekarskiego w maju 2026 r., który jest ostatnim ogniwem w kalendarzu wyborczym.

PUBLIKACJA

Zgodnie z regulaminem wyborczym imienne listy wyborcze muszą zostać udostępnione w siedzibie izby oraz opublikowane w systemie głosowania elektronicznego. – 17 maja Krajowa Komisja Wyborcza certyfikowała system głosowania elektronicznego do przeprowadzenia wyborów X kadencji. System został wdrożony, więc komisja ruszy z publikacją list. Prawdopodobnie będzie to koniec maja – wyjaśniła Mery Topolska-Kotulecka, przewodnicząca Okręgowej Komisji Wyborczej OIL w Warszawie.

POWIADOMIENIA

OKW zgodnie z regulaminem ma siedem dni, by powiadomić wszystkich lekarzy i lekarzy dentystów o pierwotnym przydziale do rejonu wyborczego. Lekarze, którzy udostępnił izbie swoje numery telefonów, informację o opublikowaniu list imiennych dostaną w SMS. Ci, którzy udostępnił adres mailowy, otrzymają maila. Jeśli ktoś udostępnił oba kontakty, otrzyma SMS i maila. W powiadomieniach znajdzie się wyłącznie krótka informacja o opublikowaniu imiennych list wyborczych

i miejscu, gdzie można takie listy znaleźć. Aby zatem poznać swój rejon, trzeba będzie zalogować się do systemu głosowania elektronicznego lub odwiedzić siedzibę izby. W systemie i w siedzibie izby lekarz będzie mógł także sprawdzić pozostałych członków każdego rejonu wyborczego.

Dodatkowo do lekarzy, którzy ukończyli 65. rok życia (ok. 9 tys.), informacja o przydzieleniu do konkretnego rejonu (wraz z wnioskiem o ewentualną jego zmianę) zostanie wysłana listownie. Taką przesyłkę otrzymają także młodszy lekarze, jeśli nie podali numeru telefonu i adresu mailowego (ok. 2 tys.).

ZMIANA REJONU

Od opublikowania list każdy lekarz ma 30 dni na przeniesienie się do innego rejonu. Będzie mógł to zrobić w systemie głosowania elektronicznego bądź w formie papierowej, składając wniosek do OKW (decyduje data wpływu wniosku, a nie stempla pocztowego). Lekarz, który chce wysłać wniosek tradycyjną drogą, może pobrać go ze strony OIL w Warszawie lub – w przypadku lekarzy, do których informacja o przydziale została wysłana listownie – wykorzystać ten przysłany pocztą.

Warto jednak pamiętać, że zmiana rejonu nie będzie możliwa, jeśli spowodowałaby zmniejszenie liczby członków rejonu poniżej minimalnej (93 osoby). Oznaczałoby to bowiem, że rejon trzeba rozwiązać. Dlatego w takich sytuacjach system automatycznie uniemożliwi lekarzowi jego zmianę, a w przypadku wniosku papierowego OKW odmówi wprowadzenia zmian. Natomiast gdy przenosiny lekarzy spowodują przekroczenie liczby 233 członków danego

rejonu, automatycznie stanie się on rejonem trzymandatowym.

ZAMKNIĘCIE LIST

Po upływie 30 dni od publikacji imiennych list system głosowania elektronicznego zamknie automatycznie możliwość przenosin pomiędzy rejonami, OKW nie będzie już przyjmować wniosków o zmianę rejonu i zamknie również przyjmowanie wniosków o jego utworzenie.

Jeśli takie wnioski zostały prawidłowo zgłoszone wcześniej, OKW zawnióskuje do ORL o nowelizację uchwały o podziale na rejonów wyborczych, a ORL ją znowelizuje, biorąc pod uwagę nowy/-e rejon/-y. Wówczas OKW opublikuje ostateczne listy członków rejonów wyborczych oraz liczbę mandatów w każdym rejonie wyborczym w systemie głosowania elektronicznego oraz udostępni do wglądu w siedzibie izby. – *Ten proces zgodnie z kalendarzem wyborczym powinien potrwać do końca czerwca* – zapowiedziała przewodnicząca OKW. ●

NIEMOŻLIWA ZMIANA

Zmiana rejonu nie będzie możliwa, jeśli:

- spowodowałaby zmniejszenie liczby członków rejonu poniżej 93, która jest wymagana do utrzymania wybieralności rejonu,
- nastąpi po regulaminowych 30 dniach od opublikowania imiennych list wyborczych w systemie głosowania elektronicznego.

W następnym numerze napiszemy o zgłaszaniu kandydatów do wyborów na delegatów na OZL X kadencji.

DZIECKO



JERZY BRALCZYK
językoznawca

Może prasłowiańskie *diet* trzeba łączyć z *dojiti*, czyli 'ssać'? Byłoby to logiczne, jesteśmy ssakami, zwłaszcza jako bardzo małe dzieci. A może, sięgając głębiej, z praindoeuropejskim *dhe-t-i-s*, co podobno oznaczało 'coś kładzionego' lub 'przytulanego'? Też łatwe do wytłumaczenia, tym bardziej że przytulanie może być związane ze ssaniem... Ale sam praindoeuropejski rdzeń *dhe-* oznaczał 'czynić' (ma to związek z *dzianiem się*), a także 'nazywać' (*dziano mu to 'nazywano go'*), w końcu dziecko trzeba nazwać...

Najpierw nazywamy je *dzieckiem*. Ten dawny rzeczownik *dzieć* oznaczał zbiorowo dzieci, tak jak rzadszy dzisiaj rzeczownik *dziatwa* (albo *brać*, albo żywa jeszcze *młodzież*). Do tego *dzieć* dodano *-sko*, zgrubiające, jak w *chłopisko* czy *psisko*, a potem i *dziecisko*. I to *dziecko* miało porządną liczbę mnogą, *dziecka* (a i tamte *dziecka śpią, niech se leżą, jako są* – mówi Isia w „Weselu”). Ale w liczbie mnogiej wygrało dawne *collectivum* i mamy formę *dzieci*, co niestety w zabawie rymuje się czasem ze *śmieciami*.

Dziecko ma rodzaj nijaki, rozumiały tak ze względu na pierwotną (zwłaszcza ciążową) nieokreśloność, jak też na potrzebę słowa uogólniającego różne płcie. Podobnie *dziecię*, dziś subtelne i podniosłe. Jeszcze podnioslejsza *dziecina* jest żeńska w odróżnieniu od innych pochodnych określeń dziecka, zwłaszcza tych mniej miłych, jak *dzieciak* czy *dzieciuch*, a także od wszystkich pokazujących nasz nie zawsze sympatyczny stosunek do tych w końcu też nie zawsze sympatycznych istot, jak *bachor*, *pęta*, *szkrab*, *smarkacz* (i wiele

innych nazw pochodzących od określeń nie tylko dziecięcych wydzielin) – i tych już dobrodusznie miłszych, jak *bąk*, *berbec*, *pędrak* czy po prostu *maluch*. Wszystkie męskie! Tych określeń używanych wobec dzieci jest mnogość, a wśród nich także nieznosnie pretensjonalne *milusińscy* czy *pocięchy* (!).

Bo do dzieci mamy stosunek żywy – i ambiwalentny. Można *cieszyć się jak dziecko*, co w sumie nie jest najgorsze, ale i *zachowywać jak dziecko*, co już dorosłym nie przystoi. *Dziecinne rozumowanie* czy *zachowanie* jest na ogół kojarzone z mniejszym potencjałem intelektualnym, a w ostateczności z mniejszym rozsądkiem. O ile przymiotnik *dziecięcy* łączy się z cechami podstawowymi właściwymi dziecku, to *dziecinny* częściej bywa przymówką wobec dorosłego, który takim być nie powinien (chyba że *zdziecinnieje*). *Choroby* bywają i *dziecięcymi*, i *dziecinny*mi nazywane, zaś jeśli chodzi o lekarzy, wolilibyśmy raczej przez *dziecięcych* niż przez *dziecinnych* być w dzieciństwie leczeni. *Dzieciństwo* jest przyjemne, gdy mowa o okresie życia, gdy tak jednak nazywamy postępowanie, to już raczej niedobrze. A *dziecinada* już tylko źle się kojarzy – przynajmniej z perspektywy nas, dorosłych.

Dziecko to każdy mały, a raczej bardzo młody człowiek. Ale *dziecko* to też potomek. Potomek dorosłych ludzi – ale do tego rzeczownika wiele dopełniaczy dodać możemy: jest i *dziecko szczęścia* i *dziecko ulicy*, *dziecko pułku* i *dziecko epoki*... wszyscy byliśmy, a i jesteśmy, w różnych rozumieniach, dziećmi.

A poza tym, jak zauważył Gombrowicz, *wszystko podszyte jest dzieckiem*...



Otyłość, cyfrowe uzależnienia, alergię...
O tym, z czym mierzą się polskie
dzieci i polska pediatria, rozmawiam
z **dr. hab. n. med. Wojciechem Feleszką**,
specjalistą pediatrii, immunologii
klinicznej i chorób płuc.

Co dolega polskim dzieciom

rozmawiała
ALEKSANDRA SOKALSKA

Najmłodszy Polacy są zdrowi? Pyta pani zapewne w kontekście raportu WHO, który pokazuje, że tempo tycia dzieci w Polsce jest szybsze niż w innych krajach Europy. Rzeczywiście z otyłością mamy problem, ale na pewno nie jest tak, że mali Polacy generalnie chorują bardziej i częściej niż inni młodzi Europejczycy. Co więcej, w kontekście otyłości powiem, że moim zdaniem polskie jedzenie jest zdrowsze niż w innych krajach, a już na pewno od tego w Stanach Zjednoczonych. Wciąż mamy mniej przetworzonych produktów żywnościowych, większy dostęp do tych całkowicie naturalnych. Wystarczy tylko z tego korzystać.

Z jakimi zatem problemami zdrowotnymi oprócz otyłości mierzą się dzieci najczęściej?

To pytanie z zakresu pediatrii społecznej, która jest niezwykle interesującą dziedziną. Z mojej perspektywy pierwszym najistotniejszym problemem polskich dzieci jest **masowe uzależnienie od mediów elektronicznych**. Zresztą przez pandemię wszyscy poniekąd się od nich uzależniliśmy, ale dzieci w szczególności „wrosły w ekrany”. To jest dla nas nowa sytuacja i bardzo trudna, bo nie stworzyliśmy mechanizmów, które pozwoliłyby ograniczyć korzystanie przez dzieci z telefonu czy internetu. A dróg, by temu zaradzić, szukamy po omacku:

apelujemy, żeby czytać książki, ograniczać czas przy komputerze, ale nie mamy jasnych standardowych wytycznych, jak przeciwdziałać cyfrowemu uzależnieniu.

Znowż zatem wracamy do otyłości, bo komputer czy telefon to mniej ruchu.

Tak, ale konsekwencją uzależnienia cyfrowego jest także spowolniony rozwój i problemy psychiczne. Z badań wynika, że nadmierne korzystanie z ekranów może obniżać kreatywność i wyniki w nauce, zwiększać ryzyko zaburzeń nastroju, a nawet – według niektórych prac – wiązać się z wyższym ryzykiem cech ze spektrum autyzmu. Choć byłbym ostrożny w interpretacji przyczynowości tych zależności, faktem jest, że badania na ten temat opublikowano w JAMA Pediatrics (JAMA).

Na pewno natomiast bardzo widoczny jest wpływ mediów elektronicznych na nastolatki. Media w ich przypadku

mogą m.in. obniżać samoocenę, prowadzić do bullyingu w szkole i przyczyniać się do powstania depresji, że już nie wspomnę o notorycznym „okradaniu” dziecka ze snu.

Kto jest winien takiego stanu rzeczy? Rodzice? Brak systemowych rozwiązań?

Nie obarczałbym odpowiedzialnością wyłącznie rodziców. Na pewno **brak nam systemowych rozwiązań** na poziomie państwowym, a nawet ponadpaństwowym. Media elektroniczne łowią dzieci jako potencjalnych konsumentów i nie mają żadnych ograniczeń. Ostatnio Instytut Cyfrowego Obywatelstwa przygotował raport „Internet dzieci” z monitoringu aktywności dzieci i młodzieży w internecie. Jego wyniki przerażają, np. ponad połowa dzieci w wieku 7–12 lat korzysta z przynajmniej jednego serwisu społecznościowego lub komunikatora, które są

dozwolone od 13. roku życia. Potrzebne są zatem na poziomie rządowym regulacje, które uniemożliwią młodszym dzieciom korzystanie z takich platform, jak TikTok, Messenger czy Instagram i Facebook. Są one bowiem szalenie uzależniające, rodzą wiele patologii, a dzieci korzystają z nich masowo.

A może pomógłby odpowiedni system edukacji?

Na pewno powinniśmy uczyć dzieci **krytycznego myślenia medialnego**, ale sama rodzicielska czy szkolna edukacja nie wystarczy. Potrzebne są odgórne ograniczenia.

Potrzebna jest też dobra alternatywa – jeśli dzieci nie powinny siedzieć przed komputerem czy smartfonem, gdzie mają spędzać czas?

W otoczeniu zieleni. Jestem doradcą w Fundacji Rozwoju Dzieci, która zaini-



fot. Licencja OIL w Warszawie

cyjowała program „Dzieci mają wychodnie”. Celem programu było zachęcanie przedszkoli do prowadzenia zajęć poza murami placówek, wychodzenie do lasu, na łąki itd. Ta akcja przyniosła bardzo dobre rezultaty, bo dzieci po prostu były zdrowsze, bardziej odporne fizycznie i psychicznie, lepiej funkcjonujące emocjonalnie. Zresztą w alergologii, w którą jestem mocno naukowo zaangażowany, od kilku już lat trwa trend pokazujący, że bioróżnorodne otoczenie wpływa korzystnie na układ odpornościowy. A badania na ten temat zaczęły się od... motyli. Naukowcy podczas ich obserwacji zauważyli, że motyle lepiej się rozwijają w bioróżnorodnym środowisku.

Idąc za tą teorią, jakiś czas temu zaproponowałem naukowcom Uniwersytetu Harvarda, którzy prowadzili od wielu lat badania na dużej, bo liczącej 1000 dzieci kohorcie, że sprawdzą, jaki wpływ na nie ma zielone otoczenie. W kohorcie znajdowały się dzieci, które w wieku kilku czy kilkunastu miesięcy trafiły do szpitala z powodu choroby dróg oddechowych. Pochodziły z różnych stref geograficznych, reprezentowały wiele ras, miały różny status ekonomiczny, mieszkaly w zróżnicowanym środowisku, czyli i w zabetonowanych miastach, i na bardzo zielonych przedmieściach. Tak duża i zróżnicowana kohorta, analizowana od wielu lat, pozwoliła uzyskać bardzo wiarygodne wyniki badań. A one pokazały, że zieleń środowiskowa ma ogromny pozytywny wpływ na zdrowie. I tu nie chodzi tylko o patrzeć na zieleń, ale także o biochemiczne mechanizmy, które w jakiś sposób stymulują organizm. Czekamy właśnie na rozstrzygnięcie grantu, który ma pogłębić dokonane przez nas obserwacje.

Jakie to mechanizmy?

Jak wychodzi się w nocy z latarką czołową do lasu, można zaobserwować, że w powietrzu unosi się wiele drobinek. To rosa, pyłki drzew i traw, ale być może także pierwotniaki, spory grzybów, które coś modyfikują i działają na nas i nasz układ immunologiczny... Przecież my to wszystko wdychamy.

Aż dziwne, że wcześniej tego naukowcy nie zbadali.

Rzeczywiście, braliśmy pod lupę szkodliwy smog, braliśmy pod lupę pyłki wywołujące alergię, ale dopiero teraz pojawiły się narzędzia, które mogą zbadać powietrze pod kątem metabolicznym, dopiero teraz też zaczynamy badać mikrobiom dróg oddechowych.

Nawiązując do pyłków i alergii, czy teraz jest ona częstsza u dzieci niż jeszcze kilkadziesiąt lat temu, czy po prostu są lepsze możliwości diagnostyczne?

Od 1989 r., po zmianie systemowej, zaobserwowaliśmy zdecydowany wzrost alergii. Kiedy byłem młodym lekarzem, nie widziałem np. tak częstej alergii na orzeszki ziemne jak teraz. Z jednej strony to zapewne wynik tego, że dzieci obecnie jedzą więcej orzeszków niż dawniej, ale też zmieniło się środowisko wokół nich. Zmieniliśmy się konsumpcyjnie, społecznie i środowiskowo, a efektem tego jest m.in. częściej występująca alergja.

Ten trend narasta?

Właśnie tworzymy nowatorski projekt epidemiologiczny Aller Scan, na którego realizację otrzymaliśmy grant od Polpharmy. W jego ramach opracowaliśmy narzędzie dla lekarzy, które jest już w procesie walidacji przy użyciu narzędzi AI, a dzięki któremu na bieżąco będziemy mogli sprawdzać, ilu w Polsce mamy alergików. Rodzice będą mogli na telefonie komórkowym wypełnić ankietę, która z dużym prawdopodobieństwem odpowie na pytanie, czy ich dziecko ma astmę, katar sienny itp. Ankieta trwa ok. siedmiu minut i zawiera nie tylko pytania, ale także zdjęcia, dźwięki czy filmy – po to, by rodzice dokładnie potrafili rozpoznać objawy u swojego dziecka. Dzięki temu prawdopodobnie już w następnym roku będziemy mieli szansę na poznanie poziomu zachorowalności na trzy choroby alergiczne w Polsce i obszarów, na jakich występują one najczęściej.

To znaczy, że do pediatrii AI też wchodzi pełną parą?

Oczywiście! To sfera, która w medycynie niezwykle szybko się rozwija. Sam używam czasem sztucznej inteligencji i zachęcam do tego wszystkich moich

współpracowników. AI oczywiście nie zastąpi lekarza, ale wspiera diagnostykę, analizę danych i komunikację z pacjentem.

A jakie, pana zdaniem, są największe wyzwania, które stoją przed polską pediatrią?

Jest ich kilka. Po pierwsze zmiana pokoleniowa. Pediatria długo była kojarzona z dziedziną dość statyczną, z lekarzami w starszym wieku. Teraz powoli może to się zmieniać, ale wyzwaniem jest, by pokazać świeższą twarz tej specjalizacji. Aby jednak pediatrię zdynamizować, potrzebne jest także odpowiednie wynagradzanie pediatrów. A oni zwykle nie zarabiają tak dobrze jak inni specjaliści. Nie znam dokładnych polskich statystyk, ale zapewne nie różnią się one zbyt od tych z innych krajów, a np. w Stanach Zjednoczonych pediatriści są na szarym końcu zarobków spośród wszystkich lekarskich specjalizacji.

Drugim obszarem potrzebującym zmian jest podejście do samych dzieci. Pediatrzy oraz rodzice wspierają zjawisko *overparentingu*, czyli zbytnej troski o dziecko. Czapeczka w ciut chłodniejszy dzień, odraczanie szczepień, nadopiekuńczość, zawożenie na zajęcia, bo dziecko nie pójdzie przecież piechotą – to wszystko może ograniczać jego rozwój psychospołeczny.

Trzecim wyzwaniem, które tak naprawdę stoi przed całą medycyną w Polsce, jest nauka komunikacji medycznej. W pediatrii to może nie jest tak dotkliwie widoczne, bo empatię mamy wręcz w DNA tej specjalizacji. Faktem jednak jest, że edukacja komunikacyjna w Polsce dopiero raczkuje. W Wielkiej Brytanii lekarz niezadowolony z niej egzaminu nie może praktykować. U nas to nowość. Dlatego wspólnie z Marią Nowiną Konopką i Łukaszem Małeckim napisałem na ten temat podręcznik „Komunikacja medyczna dla studentów i lekarzy”, wydany przez Medycynę Praktyczną, który ma wypełnić lukę. To się zbiegło w czasie z dyrektywą Unii Europejskiej, która wymusiła na Polsce wprowadzenie do programu studiów medycznych nauki komunikacji. Mam więc nadzieję, że komunikacja lekarz–pacjent będzie się stopniowo poprawiać. ●

Seniorzy w centrum uwagi

– debata o wyzwaniach przyszłości

W Szkole Głównej Handlowej w Warszawie 7 maja odbyła się debata „Senior 2030: zdrowie, bezpieczeństwo, szacunek” poświęcona sytuacji osób starszych w Polsce. Spotkanie, zorganizowane przez Okręgową Izbę Lekarską w Warszawie w ramach akcji #WspólneŚwięta, miało na celu zainicjowanie dyskusji nad potrzebami seniorów i stworzeniem kompleksowego systemu opieki. Miesięcznik „Puls” objął patronat medialny nad wydarzeniem.

To już drugie takie spotkanie – pierwsza debata „Czy każdy lekarz powinien być geriatrą?” odbyła się w styczniu. OIL w Warszawie konsekwentnie podejmuje tematykę starzejącego się społeczeństwa i konieczności reform w ochronie zdrowia i polityce społecznej. Liczna obecność słuchaczy Lekarskiego Uniwersytetu Trzeciego Wieku potwierdza wagę tematu.

Z danych demograficznych wynika, że liczba osób 60+ wciąż rośnie – w 2023 r. było ich 9,9 mln (26,3 proc. społeczeństwa), a do 2050 r. odsetek ten może sięgnąć ok. 40 proc. Do tego czasu niemal podwoi się też liczba osób powyżej 80. roku życia.

W sesji „Tężejność” udział wzięli Artur Drobniak, prezes ORL w Warszawie, Marzena Okła-Drewnowicz, minister ds. polityki senioralnej, i prof. Tomasz Targowski, krajowy konsultant ds. geriatry. Witając gości, prezes ORL powiedział: – *Celem tych spotkań jest uwrażliwienie społeczeństwa na potrzeby seniorów oraz zainicjowanie wielopoziomowej dyskusji na temat stworzenia przemyślanego, skoordynowanego systemu skierowanego właśnie do seniorów, co w obliczu dynamiki zmian demograficznych staje się wręcz koniecznością.*

– Najważniejszym zadaniem dla rządu jest realizacja do końca tego roku jednego z kamieni milowych w ramach KPO, dotyczącego standardów opieki długoterminowej – powiedziała minister. – Chcemy maksymalnie zwiększać zakres świadczeń medyczno-pielęgnacyjnych udzielanych osobom starszym w ich domach. Bardzo cenną inicjatywą jest też tzw. bon senioralny, będący odwróconym babciowym i znaczącym wsparciem dla osób aktywnych zawodowo opiekujących się bliskim seniorem – dodała.

Prof. Targowski zwrócił uwagę, że w Polsce do opieki geriatrycznej mają prawo pacjenci, którzy ukończyli 60. rok życia. Zaś o tym, czy jest się pacjentem geriatrycznym, bardziej decyduje wiek biologiczny niż metrykalny. W związku z tym potrzeby tych osób są zupełnie różne, a dobrze zaprojektowana polityka senioralna musi obejmować całą tę grupę. Jak to zrobić, skoro w 2023 r. w Polsce na 10 tys. osób w wieku 60+ przypadało około 0,6 lekarza tej specjalności? Rozwiązanie profesor widzi m.in. w szybkiej ścieżce nabywania umiejętności geriatrycznych dla lekarzy innych specjalizacji, rozszerzeniu programu studiów o dodatkowe godziny zajęć poświęconych geriatryi oraz odwróceniu piramidy świadczeń, tak by odciążyć oddziały

szpitalne i przenieść opiekę na tę ambulatoryjną i domową.

Druga część debaty, moderowana przez Artura Białoszewskiego, dyrektora Ośrodka Strategii i Analiz OIL w Warszawie, dotyczyła przyszłości. O priorytetach i celach polityki senioralnej wypowiadali się pretendenci do urzędu prezydenta RP. Zaproszenia otrzymali wszyscy zarejestrowani kandydaci, przyjęli je Marek Woch oraz Maciej Maciak, a sztab Rafała Trzaskowskiego przysłał odpowiedzi na pytania.

O dialogu i perspektywach polityki senioralnej usłyszeliśmy w podsumowującym debatę wykładzie prof. Piotra Błędowskiego, dziekana Kolegium Ekonomiczno-Społecznego SGH w Warszawie, dyrektora Instytutu Gospodarka Społeczna. – *Jesteśmy w punkcie, w którym powinniśmy zdać sobie sprawę, że polityka senioralna musi znaleźć się w centrum zainteresowania całej gospodarki i całego społeczeństwa. Powinna być uwzględniana we wszystkich działaniach, które są podejmowane przez administrację publiczną – czy to na poziomie krajowym, czy też lokalnym. Elastyczność, ciągłość i oparcie na ogólnonarodowym konsensusie – tym musi cechować się rzeczywiście sprawny system wsparcia seniorów – podsumował profesor.* ●



fot. Piotr Woźniak / Arslumen

Czas naprawdę

Od czerwca ubiegłego roku *in vitro* znów refundowane jest z budżetu państwa.

O programie Ministerstwa Zdrowia i wyzwaniach w leczeniu niepłodności mówi **lek. Jan Lewandowski**, specjalista położnictwa i ginekologii, wicedyrektor kliniki leczenia niepłodności nOvum.

rozmawiała **KAROLINA STĘPNIEWSKA**



fot. Tomasz Mąkolski

Refundacja *in vitro* pojawiła się po ośmiu latach przerwy, kiedy to pary nie otrzymywały od państwa wsparcia finansowego w leczeniu niepłodności. Jak pan ocenia aktualny program?

Zawsze jest miejsce do poprawy, ale kwalifikacja do programu, jeśli chodzi o kryteria medyczne, jest bardzo szeroka. Jest on nadal świeży i wszystkie jego parametry są ściśle monitorowane przez Ministerstwo Zdrowia. Wierzimy, że jeżeli cokolwiek okaże się niewystarczające, ministerstwo będzie szybko reagowało.

W momencie, kiedy program startował, nie było wiarygodnych danych dotyczących potrzeb w zakresie leczenia czy liczby pacjentów niepłodnych, bo przez wiele lat takiej refundacji nie było. Na tym etapie możemy powiedzieć, że potrzeby, jeśli chodzi o realizację programu, są większe, niż zakładaliśmy. Zainteresowanie leczeniem niepłodności rośnie, kiedy jest ono refundowane. To dobrze, bo czynnik finansowy nigdy nie powinien determinować tego, czy ktoś zamierza leczyć swoją chorobę, czy nie.

Są jednak głosy, że program powinien obejmować także badanie genetyczne zarodków oraz być dostępny dla par jednopłciowych czy też kobiet, które są singielkami.

Program opiera się na ustawie. To ona nie pozwala na leczenie singielek i par jednopłciowych i dlatego nie ma w nim takiej możliwości. Natomiast badanie genetyczne zarodków to procedura wzbudzająca kontrowersje. Aktualnie żadne towarzystwo naukowe na świecie jej nie zaleca. Oczywiście istnieją indywidualne wskazania i wtedy stosuje się różne procedury, ale trzeba pamiętać, że diagnostyka genetyczna jest bardzo specjalistyczna, a to oznacza, że jest też bardzo droga. Gdyby program miał zakładać dodatkowo pieniądze na tę dia-

ma znaczenie

gnostykę, obawiam się, że nie starczyłoby ich na pacjentów, którzy nie wymagają aż tak wyspecjalizowanych modyfikacji terapii metodą zapłodnienia pozaustrojowego.

Program zapewnienia też pełne finansowanie procedury ochrony płodności osób leczonych onkologicznie. W poprzedniej wersji tego nie było.

Tak, to bardzo ważna nowość. W Polsce wciąż zbyt mało osób w wieku reprodukcyjnym z rozpoznaniem choroby onkologicznej otrzymuje odpowiednie porady w zakresie zabezpieczenia swojej płodności. Sytuacja zmieniła się na lepsze dzięki wprowadzeniu programu i mamy nadzieję, że zaczniemy osiągać w tym zakresie satysfakcjonujące wyniki w skali kraju. Jest to czasem bardzo proste działanie (np. zamrożenie nasienia), dlatego nie może być uzasadnienia dla niepokierowania pacjenta na taką konsultację przed leczeniem uszkadzającym płodność.

Dla pacjentek po leczeniu bezpowrotnie uszkadzającym jajniki (z przedwczesnym wygasaniem jajników w tym mechanizmie czy po operacjach ginekologii onkologicznej) jest opcja terapeutyczna polegająca na refundowanym dawstwie. W niektórych sytuacjach jest ona opcją albo jedyną, albo najskuteczniejszą. W naszej klinice wykonujemy rocznie kilkaset procedur z dawstwem – to nawet 10 proc. terapii. Gdyby program tego nie pokrywał, mielibyśmy

bardzo dużo pacjentów pozostawionych samym sobie.

Jakie możliwości w zakresie leczenia niepłodności mają nosiciele chorób genetycznych?

W Polsce dostępne są badania, również klasyfikowane jako diagnostyka preimplantacyjna (PGT-M, PGT-SR), które pozwalają na szukanie konkretnej zmiany genetycznej w zarodkach. Takie badania, w przeciwieństwie do PGT-A, będącego po prostu badaniem skrininowym, są rekomendowane i zwiększają szansę na uzyskanie zdrowej ciąży. Niestety, nie są refundowane i nie są objęte programem.

Trzeba mieć jednak świadomość, że tego typu przypadki są bardzo rzadkie wśród pacjentów poddawanych terapii wspomaganego rozrodu. Dlatego jest zrozumiałe, że program, który ma

pokrywać znaczącą większość potrzeb, niestety nie będzie w stanie zaspokoić wszystkich, bo jest ograniczony finansowo.

Problemy z zajściem w ciążę dotykają coraz większą liczbę par?

Tak, kiedyś mówiło się o jednej parze na 10, potem o jednej na siedem, teraz już prawie jedna na pięć par ma problemy z płodnością i prawdopodobnie będzie musiała korzystać z metod wspomaganego rozrodu. Mówimy tu więc o paru milionach Polaków.

Z czego to wynika?

Prawdopodobnie jest to kombinacja różnych czynników: zanieczyszczenia środowiska, chorób współistniejących, używek, ale też zmian kulturowych, tj. starania się o ciążę w późniejszym wieku. Nasz model życia się zmienił. Pa-



fot. licencja OIL w Warszawie

cientka, która rodzi w Polsce dziecko, to najczęściej 33-latką. Dla porównania, w latach 80. mediana wynosiła 23 lata.

Jakkolwiek dyskusyjne byłyby te doniesienia, wszyscy są zgodni, że średnia wieku kobiet, które zaczynają starać się o potomstwo, znacząco wzrosła i to już wystarczy, żeby mieć problemy z płodnością. Jeżeli nałożą się na to inne czynniki: otyłość, endometrioza, zespół policystycznych jajników, zaburzenia hormonalne, niska rezerwa jajnikowa, mamy do czynienia z kombinacją kłopotów, które zmuszają takie pary do szukania pomocy.

Czy wciąż pokutuje przekonanie, że niepłodność to problem głównie kobiet, czy mężczyźni są już bardziej otwarci na szukanie przyczyny u siebie?

W mojej ocenie na przestrzeni ostatnich paru lat jest dużo lepiej, ale na pewno mamy jeszcze sporo do zrobienia. Sam fakt, że istnieje narodowy program, który otwarcie porusza te problemy, stwarza przestrzeń do mówienia, że jest to choroba, którą trzeba leczyć, którą powinni się zajmować i państwo, i sami pacjenci.

A jednak badania nasienia, mimo że są w koszyku świadczeń gwarantowanych, nadal nie są zbyt często zlecane.

Rzeczywiście. Spotykaliśmy się z przypadkami, kiedy pary boleśnie przekonywały się, że trwająca latami rozbudowana diagnostyka była zupełnie nie trafiona, bo pacjent nie miał zleconego prostego badania nasienia, a okazywało się, że nie ma plemników. Jest więc jeszcze trochę do zrobienia w zakresie edukacji i standardów postępowania we wstępnej diagnostyce płodności, chociaż sądzę, że brak gotowości mężczyzn do leczenia też się na to składa.

Jak ich przekonać do tego, żeby się badali i leczyli?

Myślę, że kluczowe są kampanie oparte na programach i szerokiej dostępności badań. Musimy powszechnie mówić o tym, że czynnik męski to coś, z czym w leczeniu niepłodności mamy regularnie do czynienia. To nie jest rzadkość, trzeba do tego podejść poważnie.

Może liczby trafią do mężczyzn?

Czynnik męski odpowiada za 33–40 proc. przyczyn niepłodności par i jest to problem narastający – normy parametrów nasienia są od lat systematycznie obniżane przez to, że wszyscy mężczyźni mają coraz gorsze wyniki. Niektóre modele statystyczne w tym zakresie są dramatyczne. Były takie, które prognozowały, że do ok. 2050 r. statystyczny mężczyzna może nie mieć plemników, bo tak bardzo na przestrzeni lat pogarszają się parametry nasienia. Brak plemników w nasieniu stałby się wtedy poniekąd normą.

Jednak sukcesy w leczeniu niepłodności są coraz większe. W Polsce także?

Tak, uzyskujemy upragnione ciążę w coraz cięższych przypadkach, bazując na wieloletnim doświadczeniu i nowych metodach leczenia. I choć nie mogę mówić o całości programu, bo te dane nie są publiczne, u nas skuteczność wzrosła, odkąd ruszyła refundacja. Ale rośnie ona też prawdopodobnie dlatego, że na leczenie decydują się młodszy pacjenci, którzy wcześniej mogli nie mieć takiej możliwości finansowej. Wiek jest jednym z najważniejszych czynników determinujących sukces leczenia, niezależnie od innych. Dlatego zawsze mówimy o tym, żeby zgłosić się do specjalisty po pomoc jak najszybciej. Czas naprawdę ma znaczenie.

Co dla pana jest największym wyzwaniem w pracy?

Myślę, że dbanie o emocje pacjentów. To jest czasami bardzo trudne. Leczenie niepłodności jest dużym wyzwaniem dla zdrowia psychicznego, dla związku. Dochodzą do tego czynniki zewnętrzne: dostępność refundacji, życie zawodowe pacjentów. I trzeba to wszystko jakoś pogodzić z angażującym leczeniem i częstymi wizytami lekarskimi. Mówi się, że 60 proc. pacjentów na świecie rezygnuje z leczenia po dwóch nieudanych procedurach, mając realne szanse na potomstwo, jako najczęstszy powód podając wyczerpanie psychiczne i brak gotowości do dalszego leczenia.

Po ilu próbach najczęściej się udaje? Da się to uśrednić?

To zależy od wielu czynników, ale upraszczając, myślę, że tak jak przewidziano w programie – cztery procedury są rozsądnym kompromisem w planowaniu terapii dla każdej pary. Program rządowy daje pacjentom prawo do skorzystania z leczenia na własnych komórkach właśnie czterokrotnie: cztery pełne procedury, pełne stymulacje z wykorzystaniem wszystkich zarodków, które uda się uzyskać. To daje naprawdę realne szanse na ciążę u znakomitej większości par.

Pary, które do pana trafiają, raczej nie są na początku drogi starania się o dziecko?

Niestety nie, nad czym ubolewamy, bo chcemy być pierwszą instancją do konsultacji płodności nawet wtedy, kiedy ktoś dopiero podjął planowanie rodziny. A często zgłaszają się do nas pary po wielu latach diagnostyki lub nieskutecznego leczenia. Rokowanie w takiej sytuacji może być niestety bardzo niepomyślne.

Nadal obowiązuje rok nieskutecznych starań, zanim przechodzi się do diagnostyki problemów?

I tak, i nie. Aktualna wiedza medyczna uzależnia okres starań od wieku pacjentki i ewentualnych współistniejących objawów, np. nieregularnych czy bolesnych miesiączek, problemów z erekcją albo ejakulacją. Taki zapis jest też w programie refundacji jako wytyczne do *in vitro*, ale oczywiście decydujące są dodatkowe wskazania medyczne – nie wyobrażam sobie sytuacji, że ktoś pacjentce z niedrożnymi albo oboma wyciętymi jajowodami będzie kazał przez rok starać się o dziecko, zanim będzie mogła przystąpić do leczenia metodą *in vitro*. To absurd, więc oczywiście tutaj program refundacji jak najbardziej przewiduje, że wiedza medyczna lekarza i wskazania medyczne do *in vitro* są nadrzędne nad różnymi ogólnikowymi zapisami.

O wyzwaniach już mówiliśmy, a jakie są pana nadzieje zawodowe?

Mam nadzieję, że pomożemy wszystkim w zakresie leczenia niepłodności. To duże wyzwanie, także jeśli chodzi o refundację i to, czy pokryje potrzeby wszystkich pacjentów. ●



Ubezpieczenia PZU Dom i PZU Auto

**Specjalna oferta ubezpieczeń dla członków
Okręgowej Izby Lekarskiej**



Każdy lekarz, który w ramach programu ubezpieczeń dla członków Okręgowej Izby Lekarskiej przystąpił do ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej (OC) – obowiązkowego lub dobrowolnego – może skorzystać ze **zniżki (do 20%) m.in. na ubezpieczenia PZU Dom oraz PZU Auto.**

PZU Dom

Nawet drobne wypadki w domu lub mieszkaniu mogą wiele kosztować. Nie przewidzisz wszystkiego. Na szczęście w PZU masz ubezpieczenie od różnych nieprzewidzianych zdarzeń.



W ramach PZU Dom otrzymasz **ochronę ubezpieczeniową nawet od tego, czego nie jesteś w stanie przewidzieć** (z wyjątkiem tych zdarzeń, o których piszemy w OWU w rozdziale „Wyłączenia odpowiedzialności”).

Pakiet PZU Dom – co możemy ubezpieczyć:

- mury wraz ze stałymi elementami,
- ruchomości domowe (np. meble, sprzęt sportowy, fotograficzny, RTV i AGD, ubrania, pieniądze, biżuterię),
- wyposażenie posesji,
- budynki niemieszkalne na terenie posesji (np. garaż wolnostojący, budynek gospodarczy).

W ramach pakietu możesz również skorzystać z pomocy fachowców (np. elektryka, hydraulika). Ubezpieczenie PZU Dom możesz rozszerzyć m.in. o OC w życiu prywatnym i ochronę prawną.

PZU Auto

Wybierz pakiet ubezpieczeń PZU Auto i ze spokojem ruszaj do celu. Możesz liczyć na naszą pomoc w razie wielu nieprzewidzianych sytuacji na drodze.



PZU Auto to m.in.:

- **PZU Auto OC** – obowiązkowe ubezpieczenie, obejmujące skutki spowodowanej przez Ciebie kolizji lub wypadku,
- **PZU Auto AC** – jeśli Twój samochód zostanie uszkodzony w wyniku wypadku lub przez nieznanego sprawcę, możemy pokryć koszty jego naprawy lub wypłacić Ci odszkodowanie za jego utratę. Nasze AC chroni Cię również w razie kradzieży i wielu innych zagrożeń – także tych, których teraz nie potrafisz przewidzieć,
- **PZU Pomoc w Drodze** – w zależności od wariantu możemy zorganizować np. naprawę na miejscu, holowanie, samochód zastępczy, dowóz paliwa, wymianę koła, nocleg, opiekę nad dziećmi i wiele innych usług. Do wariantu PZU Pomoc w Drodze Super możesz dokupić dodatkową usługę Auto Serwis. Dzięki niej w razie awarii pojazdu zorganizujemy naprawę i pokryjemy koszty robocizny.

Proponujemy również ubezpieczenia dodatkowe, m.in. szyb, opon, NNW i ochrony prawnej.

ins INS Services

PZU SA jest reprezentowany przez agenta ubezpieczeniowego INS Services. Aby zawrzeć umowę ubezpieczenia, skontaktuj się z biurem INS Services w wybrany sposób:

- dzwoniąc pod numer: 22 494 36 50, 577 930 370, 577 930 380 lub 577 930 560 (opłata zgodna z taryfą operatora),
- pisząc na adres: biuro@ins-med.pl,
- za pośrednictwem strony: ins-med.pl.

Zakładem ubezpieczeń jest PZU SA. Ten materiał nie jest ofertą w rozumieniu art. 66 Kodeksu cywilnego i ma charakter wyłącznie informacyjny. Szczegółowe informacje o zakresie ubezpieczenia, w tym o wyłączeniach i ograniczeniach odpowiedzialności, znajdziesz w ustawie o ubezpieczeniach obowiązkowych, Ubezpieczeniowym Funduszu Gwarancyjnym i Polskim Biurze Ubezpieczycieli Komunikacyjnych oraz w aktualnych ogólnych warunkach ubezpieczeń komunikacyjnych PZU Auto i ubezpieczenia PZU Dom dostępnych na stronie ins-med.pl w zakładce „Ubezpieczenia dla lekarzy”. Z promocji mogą skorzystać lekarze przystępujący do programu.

MATERIAŁ MARKETINGOWY

Jak pomagać ofiarom



KATARZYNA NOWAKOWSKA

Osoby pracujące w ochronie zdrowia są często pierwszymi, do których zwracają się po pomoc ofiary przemocy seksualnej. To oznacza, że personel medyczny może odegrać bardzo ważną, pozytywną rolę, pomagając chronić zdrowie psychiczne i fizyczne poszkodowanych.

Niestety personel medyczny nie jest wspierany w tym odpowiedzialnym zadaniu przez jednoznaczne rozwiązania systemowe. Dlatego rozpoczął pracę ministerialny Zespół ds. opracowania procedur i wytycznych postępowania z osobami, które doświadczyły przemocy seksualnej. Zajmie się m.in. dostosowaniem obowiązujących rozwiązań do wytycznych Światowej Organizacji Zdrowia.

Proponowany przez WHO algorytm postępowania, oparty na zasadzie opieki skoncentrowanej na pacjentce/pacjencie, przewiduje siedem podstawowych kroków. Dla osób pokrzywdzonych jest ważne, żeby jak najwięcej z tych kroków odbyło się w jednym miejscu, tak żeby nie musiały podróżować do różnych placówek po różne usługi medyczne.

Krok 1. W pierwszej kolejności zajmujemy się obrażeniami zagrażającymi życiu. To priorytet wobec wszystkich innych działań.

Krok 2. Pierwsza linia wsparcia wg modelu LIVES (pierwsze trzy elementy):

L – Listen. Wysłuchajmy osoby pokrzywdzonej empatycznie, uważnie, bez

oceniania i komentowania jej wyborów, zachowań, wyglądu itd. Nie wywierajmy presji, nie pouczajmy, nie dawajmy „dobrych rad”, nie przerywajmy, nie dzielmy się własnymi traumatycznymi doświadczeniami, spokojnie przyjmujemy

wypowiedzi i emocje pacjentki/pacjenta. Zadbajmy o prywatność i poufność.

I – Inquire. Dopytajmy, pomóżmy osobie pokrzywdzonej określić jej potrzeby i problemy. Pytajmy tylko o to, co niezbędne dla zapewnienia pacjentce/pacjentowi odpowiedniej opieki i wsparcia. Nie kwestionujemy wiarygodności ani nie wypytujemy o dokładny przebieg zdarzenia – dociekanie, co dokładnie się wydarzyło, jest ewentualnym zadaniem policji i prokuratury. Naszym zadaniem jest zadbanie o osobę pokrzywdzoną.

V – Validate. Przekażmy osobie pokrzywdzonej, że jej wierzymy, rozumiemy ją, stoimy po jej stronie. Zapewnijmy ją, że winny przemocy jest zawsze wyłącznie sprawca.

Krok 3. Wywiad i badanie fizykalne. Wywiad powinien obejmować pytania o ogólny stan zdrowia, o te (i tylko te) elementy zgłaszanego zdarzenia, które są istotne z punktu widzenia medycznego, a także – jeżeli osoba pokrzywdzona postanowiła zgłosić sprawę policji/prokuraturze lub jeszcze się waha – z punktu widzenia zbierania dowo-



przemocy seksualnej?

dów. Jeżeli musimy zadać pytania, które mogą być przez osobę pokrzywdzoną odebrane jako oceniające, dokładnie wyjaśnijmy, dlaczego je zadajemy (np. jeśli pytamy, czy osoba się broniła, wyjaśnijmy, że chodzi o udokumentowanie powstałych podczas obrony obrażeń). Zadawajmy też pytania, które pozwolą ocenić stan psychiczny osoby pokrzywdzonej w kontekście potrzebnego jej wsparcia.

Badanie fizykalne powinno być przeprowadzane z poszanowaniem osoby pokrzywdzonej i jej podmiotowości. Zapytajmy o zgodę na każdy etap badania, utrzymujemy z osobą pokrzywdzoną kontakt wzrokowy, tłumaczymy, co i dlaczego robimy, proponujemy obecność wspierającej osoby bliskiej, postaramy się, żeby badanie przeprowadzała osoba płci wskazanej przez pokrzywdzoną w obecności drugiej osoby z personelu medycznego. Podczas oględzin nie prosimy osoby pokrzywdzonej o całkowite rozebranie się – można je prowadzić fragmentami, chroniąc intymność pacjentki/pacjenta. Najlepiej, żeby badanie osób, które mają pochwę, prowadziła ginekolożka, a osób bez pochwy – chirurg. Fotografie robimy przeznaczonym do tego aparatem, nie telefonem.

Światowa Organizacja Zdrowia zaleca, żeby decyzja o zgłaszaniu zgwałcenia organom ścigania należała do

pokrzywdzonych. Polskie prawo nie przewiduje kar za niezgłoszenie przez personel medyczny zgwałceń w trybie podstawowym, dlatego tu decyzję pozostawiamy pacjentce/pacjentowi.

W przypadkach, kiedy obowiązek prawny zmusza nas do zgłoszenia, wyjaśnijmy osobie pokrzywdzonej, dlaczego to robimy, jak będą wyglądały procedury, jakie ma prawa (w tym prawo do odmowy składania zeznań i uczestniczenia w procedurach) i z jakiego wsparcia może skorzystać.

Jeśli osoba pokrzywdzona chce zgłosić zdarzenie, wezwijmy za jej zgodą patrol policji z pakietem kryminalistycznym. Jeżeli nie jest tego pewna, dobrze mieć na stanie szpitala własny pakiet (obecnie pakiety można kupić w firmie Hagmed).

Krok 4. Opatrzenie obrażeń fizycznych – jeżeli obrażenia można opatrzyć

na miejscu, trzeba to zrobić. W razie potrzeby można zaproponować środki przeciwbólowe, uspokajające, antybiotyki i szczepienie przeciwężcowe.

Krok 5. Zaproponowanie antykoncepcji awaryjnej (jeśli od zdarzenia nie minęło więcej niż 120 godzin).

Krok 6. Profilaktyka chorób przenoszonych drogą płciową (w zależności od potrzeb PEP – jeśli od zdarzenia minęło mniej niż 72 godziny, antybiotyki i szczepienia przeciwko HPV i WZW-B).

Krok 7. Pierwsza linia wsparcia, cd.:

E – Enhance safety. Upewnijmy się, że pacjentka/pacjent jest bezpieczna/bezpieczny, ustalmy z nią/nim plan działania w tym obszarze.

S – Support. Ustalmy plan samoopieki, w tym zaplanujmy wizyty kontrolne po dwóch i czterech tygodniach, trzech i sześciu miesiącach, i przekazmy informacje o dostępnych formach wsparcia. ●

Katarzyna Nowakowska

Jest psycholożką, psychotraumatolożką, organizatorką merytoryczną i koordynatorką punktu pomocy po gwałcie „Femka” prowadzonego w Warszawie przez Fundację Feminoteka, certyfikowaną trenerką w obszarze wytycznych WHO dotyczących postępowania z osobami dotkniętymi przemocą w bliskich relacjach i przemocą seksualną, ekspertką WHO w składzie zespołu opracowującego aktualizację tych wytycznych i członkinią Zespołu ds. opracowania procedur i wytycznych postępowania z osobami, które doświadczyły przemocy seksualnej, przy Ministerstwie Zdrowia.



Zapraszamy na szkolenie!

Ośrodek Doskonalenia Zawodowego OIL w Warszawie zaprasza wszystkich lekarzy na bezpłatne szkolenie stacjonarne w Warszawie:



17.06 | godz. 8.30–15.30

Praca z osobami, które doświadczyły przemocy seksualnej
– Fundacja Feminoteka: adw. Kamila Ferenc, lek. Rafał Zadykowicz, Katarzyna Nowakowska



← Na szkolenie wymagane są zapisy

Za szkolenie przyznawane są punkty edukacyjne.

Kosmiczna medycyna



ŁUKASZ LASKUS
lekarz

Medycyna ekstremalna wymusza na nas, lekarzach, dostosowanie się do faktycznych warunków środowiska, dostępności sprzętu oraz zespołu. Szczególnie interesująca, w mojej ocenie, jest medycyna kosmiczna, która wykracza poza codzienne wyzwania szpitalne i jest pełna medycznych niuansów.

Medycyna kosmiczna, należąca bez wątpienia do dziedzin ekstremalnych, opiera się na interakcji i komunikacji, zarówno między lekarzami i pozostałym personelem medycznym, jak i zespołami zewnętrznymi oraz samym pacjentem. Wymaga od lekarza umiejętności podejmowania szybkich i bezpiecznych decyzji.

Jako dziedzina medycyna kosmiczna obejmuje cały przekrój aspektów:

1. fizjologiczne: adaptacje, ryzyka zdrowotne i aspekt *performance*;
2. biochemiczne: toksykologia, mikrobiologia czy promieniowanie;
3. systemowe (sercowo-płucne, neurologiczne, regulacyjne, metaboliczne), farmakologiczne, mięśniowo-szkieletowe, behawioralne;

4. monitorowanie zdrowia, dobrostanu astronautów, współpracy międzynarodowe;

5. symulacje, a także naziemne testy analogowe;

6. loty komercyjne i turystyczne oraz Kosmos jako przestrzeń badań naukowych.

Nadaje to medycynie kosmicznej wymiar wieloosiowy, wymagający od medyka znajomości złożonych aspektów zdrowia człowieka.

GRAWITACJA W SKALI MIKRO

Jednym z największych wyzwań medycyny kosmicznej jest mikrograwitacja. Z powodu braku obciążenia organizmu siłami przyciągania ziemskiego o wartości $9,807 \text{ m/s}^2$ mikrograwitacja pozo-

stawia układy szkieletowy i mięśniowy bez obciążeń, które w warunkach ziemskich utrzymują je w sile.

W konsekwencji organizm biologiczny, nie potrzebując utrzymywać kosztownej tkanki mięśniowej ani szkieletowej, przestaje je nadbudowywać i w dość krótkim czasie dochodzi do zaniku mięśni i kości.

Aby przeciwdziałać temu zjawisku, astronauta na Międzynarodowej Stacji Kosmicznej codziennie przez około dwie godziny ćwiczą siłę. Niestety nie jest to wystarczającym rozwiązaniem i po powrocie na Ziemię dalej doświadczają osłabienia i kruchości kości, przez co każdorazowo muszą przejść intensywną rehabilitację.

Dodatkowym problemem wynikającym z braku obciążenia grawitacyjnego jest fakt, że ziemskie modele oceny ciśnienia krwi u człowieka w pionizacji zupełnie przestają działać. Nie mamy tu do czynienia z różnicą ciśnień na poziomie serca, stóp i głowy, bo brak grawitacji powoduje, że następuje redystrybucja płynów i ich równomierne rozprzestrzenienie. A to z kolei stawia kolejne wyzwania, bo zwiększona dystrybucja w obrębie głowy zwiększa ciśnienia śródczaszkowe i oka, i powoduje wtórne konsekwencje itd.

fot. licencja OIL w Warszawie



fot. Adrian Musiał



SZLACHETNE ZDROWIE

Kandydaci na astronautę muszą mieć niemal perfekcyjne zdrowie, zarówno fizyczne, jak i psychiczne. Muszą też wykazywać się odpornością na stres i umiejętnością działania w tym stresie – dla dobra i bezpieczeństwa misji oraz wszystkich dookoła.

Później to zdrowie i tak jest testowane ze strony kosmicznego środowiska, błędów i trudów misji, fizycznego otoczenia, niewielkiej przestrzeni, małej grupy osób, stresów, tarć, napięć i zamknięcia. Pogorszenie zdrowia jest w Kosmosie nieuniknione, dlatego medycyna kosmiczna tej deterioracji aktywnie przeciwdziała.

Astronauci doświadczają tych warunków w asyście sztabów specjalistów,

zespołów i procedur skoncentrowanych na zapewnieniu precyzyjnej komunikacji, bezpieczeństwa i powodzenia przedsięwzięcia.

Wiedząc, jak działa człowiek, możemy zadbać o jego organizm i psychikę w Kosmosie. Przekładając wyniesione z tego doświadczenia na warunki ziemskie, możemy wykorzystać tę wiedzę dla ogólnoludzkiego dobra.

KOSMICZNI LEKARZE

Dbanie o zdrowie w Kosmosie to bardziej skomplikowana sprawa. *Space medicine doctor*, czyli lekarz opiekujący się z Ziemi osobami przebywającymi w Kosmosie, ma ograniczone możliwości terapeutyczne. Może co najwyżej instruować ludzi przebywających w prze-

strzeni kosmicznej, monitorować ich parametry i zachowania, ewentualnie dawać zalecenia reszcie załogi.

Alternatywnie, jako członek załogi, *chief medical officer* w Kosmosie nie dysponuje pełnym szpitalnym wyposażeniem, porusza się w nieważkości, a płyny organizmu pacjenta zachowują się zgodnie z brakiem grawitacji. W takich warunkach podstawowe procedury RKO są prawie niemożliwe do wykonania. Tym bardziej że lekarz także unosi się w przestrzeni. Z tego powodu na potrzeby medycyny kosmicznej wpływa pewna konieczność dostosowywania procedur, zachowań i ewentualnego wstrzymania się od impulsu do działania, aby poprawne na Ziemi instynkty medyczne nie zaszkodziły w zupełnie innych warunkach Kosmosu.

Można więc powiedzieć o medycynie kosmicznej, że jest to inna medycyna, w której mimo że podstawy funkcjonowania organizmu są takie same jak na Ziemi, to wypadkowe tego funkcjonowania są odmienne. Podobnie wygląda sytuacja ze sprzętami medycznymi: aparatura jest taka sama, ale inna jest jej dostępność, inne możliwości czy sposób użycia. Musimy pamiętać, że odmienna jest też kosmiczna przestrzeń życiowa: mniejsza, głośniejsza od systemów utrzymujących warunki do życia, izolowana, czasem uciążliwa, ale też funkcjonalna.

Dla mnie medycyna kosmiczna to nie tylko dziedzina, która testuje i poszerza naszą wiedzę o człowieku jako organizmie. To medycyna, która pozwala lepiej zrozumieć człowieka jako osobę albo obiekt poznania: istotę funkcjonującą na granicy biologii, technologii i kosmicznego środowiska. ●



PROGRAM STYPENDIALNY



Skorzystaj z dofinansowania **staży • kursów • konferencji zagranicznych**

- nabór wniosków **do 30 września 2025 r.**
- maksymalna kwota dofinansowania **7500 zł**

Neonatologia wczoraj i dziś

O rozwoju polskiej neonatologii i wyzwaniach, które przed nią stoją, rozmawiamy z **prof. Marią Borszewską-Kornacką**, założycielką i wieloletnią kierowniczką Kliniki Neonatologii i Intensywnej Terapii Noworodka WUM, twórczynią i prezeską Fundacji Koalicja dla Wcześniaka, prorodzicielskiej organizacji, która działa na rzecz dzieci przedwcześnie urodzonych i ich rodziców.

rozmawiała **MAŁGORZATA WÓDZ**

Jak zmieniła się neonatologia od początków pani pracy? Co jest jej największym sukcesem?

Sukcesów mamy sporo i jestem dobrą adresatką tego pytania, bo poświęciłam neonatologii 50 lat życia, pracując z noworodkiem chorym i wymagającym intensywnej terapii. Gdy zaczynałam i zdobywałam wiedzę oraz praktyczne umiejętności od nieco starszych kolegów, niektórzy z nas mieli szansę kształcić się za granicą, o co dbali nasi szefowie. Kontakt z nowoczesną zagraniczną neonatologią umożliwiła mi moja szefowa, prof. Irena Twarowska, która kierowała Kliniką Neonatologii w Poznaniu, moim rodzinnym mieście. W klinice tej pracowałam 28 lat. Wiedzę zdobyłą za granicą wprowadzaliśmy



w Polsce. Było trudno, bo brakowało sprzętu. Dziś mamy go bardzo dużo – m.in. dzięki Wielkiej Orkiestrze Świątecznej Pomocy – i jest fantastyczny.

Dawne metody ratowania noworodków dziś nazywamy agresywnymi, choć to ostro brzmi, gdy myślimy o naszych małych pacjentach. Uważaliśmy, że trzeba intubować, czyli zakładać rurkę do tchawicy niemalże każdemu noworodkowi z masą ciała poniżej 1000, a nawet 1500 g, i dosyć szybko sztucznie wentylować. Teraz dbamy, by opieka nad wcześniakiem była mało inwazyjna, jak najdelikatniej zabezpieczamy pierwszy oddech – zakładamy małe kaniule donosowe, podajemy jak najmniejsze stężenie tlenu. Mniej tlenu, który jest niezbędnym lekiem w ratowaniu życia, to mniej przewlekłych zmian w płucach, ale również mniej retinopatii.

Rozwinęła się wspaniała diagnostyka. W okresie noworodkowym wykrywamy coraz więcej chorób. Odechodzimy od diagnostyki inwazyjnej. Stosujemy diagnostykę *point of care*, czyli w punkcie leczenia noworodka. Przy inkubatorze możemy zrobić większość badań, praktycznie nie wyjmując z niego dziecka.

To wszystko znajduje odzwierciedlenie w niskim wskaźniku umieralności noworodków i niemowląt, który na 1000 żywych narodzin wynosi w granicach 2–3, 2–4. Choć w ostatnim czasie lekko wzrósł, nadal są to bardzo dobre wyniki, takie jak w wiodących krajach Europy.

Mamy doskonale wyedukowaną kadrę medyczno-pielęgniarską. Od samego początku myślimy o przyszłości wcześniaków, by mogły się najlepiej rozwijać po opuszczeniu szpitala. Dlatego na oddziale intensywnej terapii od pierwszych godzin życia towarzyszą dziecku fizjoterapeuci, psychologowie, neurologopedzi i konsultanci laktacyjni, którzy wykonują wspaniałą pracę.

Dziś mało lekarzy decyduje się na specjalizację neonatologiczną. Jak zachęcać do podjęcia tej trudnej ścieżki kariery?

Usłyszałam ostatnio na spotkaniu neonatologów z Mazowsza, że spośród 14 wolnych miejsc rezydentycznych obsadzone będą tylko dwa. To dramat. Neonatologia to trudna specjalność, ale

moim zdaniem nie ma ciekawszej. Mówię tak oczywiście dlatego, że zawsze chciałam być neonatologiem. Dla mnie ten cud natury, gdy rodzi się dziecko, gdy słyszymy jego pierwszy krzyk, to coś absolutnie wspaniałego. Fascynujące jest również, że w ciągu pierwszych trzech, pięciu minut po narodzinach potrafimy w wielu sytuacjach bardzo szybko pomóc dziecku urodzonemu w ciężkim stanie i odwrócić jego trudne początki życia. Oczywiście nie zawsze, bo zależy to od wielu czynników – matczynych, wpływających na jego rozwój w życiu wewnątrzmacicznym, dojrzałości, to jest od tygodnia ciąży, w którym przyszło na świat, jak i chorób samego noworodka. W wielu przypadkach umiemy uratować nawet to maleństwo, które otrzymuje zaledwie jeden punkt w 10-punktowej skali Apgar. Jeżeli upatrujemy to w kategorii sukcesu, a tak chyba jest, to ogromna motywacja do naszej pracy.

Sukces naszej neonatologii, o którym wspominałam, powinien zachęcać młodych ludzi do tworzenia jej dalszej historii. To prawda, że w neonatologii nie da się dorobić. Tej specjalizacji nie ma też w Unii Europejskiej, co jest na pewno jedną z barier. Jestem nie tylko neonatologiem, ale też pediatrą, bo kiedyś najpierw zostawało się pediatrą, potem neonatologiem. Teraz część młodych lekarzy wybiera pediatrię po specjalizacji z neonatologii – lub odwrotnie. Uważam, że to świetne rozwiązanie w obu przypadkach.

Moim zdaniem na studiach jest za mało neonatologii jako przedmiotu nauczania. Studentom, którzy trafiali do nas na zajęcia, bardzo podobały się zaproponowane ćwiczenia – mówili o tym nieraz, więc wiemy, że to działa, bo nasz pacjent jest cudowny.

Jakie cechy powinien mieć dobry neonatolog?

Neonatologia wymaga ogromnej pokory. Każdy z nas pochylający się nad noworodkiem wie, że dziecko nigdy nie powie, że byliśmy dla niego niedelikatni, że zrobiliśmy coś nie tak. Delikatność, empatia i szacunek są fundamentem dobrej opieki nad małym pacjentem. Wartością kluczową w medycynie jest uczciwość, szczególnie w kontakcie z ro-



fot. licencja OIL w Warszawie

dzicami. Mówienie prawdy – nawet bolesnej – w sposób delikatny i zrozumiały, bez dawania fałszywej nadziei. Tego od kilku lat uczymy się na studiach w ramach zajęć z komunikacji, ale to wciąż wymaga praktyki. Rodzice są w ogromnym stresie, którego nie jesteśmy w stanie w pełni zrozumieć. Musimy pokazać, że ich dziecko jest najważniejsze, jedyne. Nawet jeśli nasze działania są rutynowe, nie powinni tego odczuć.

Opiece nad skrajnymi wcześniakami towarzyszą dylematy moralne i związany z nimi stres. Jak neonatolodzy radzą sobie z tym obciążeniem?

Niestety nie mamy dobrej i wystarczającej opieki psychologicznej tak dla rodziców, jak i dla nas – personelu. Mamy wsparcie dla rodziców, ale lekarze i pielęgniarki zostają ze swoimi przeżyciami sami. A przecież np. śmierć dziecka lub niepowodzenie leczenia związane z przyszłym zaburzonym rozwojem naszego pacjenta to ogromny ciężar. Dźwigamy na barkach nie tylko losy małych pacjentów, ale też stres ich rodziców.

Fundacja Koalicja dla Wcześniaka, którą powołałam w 2012 r., organizuje z udziałem psychologów i specjalistów od komunikacji warsztaty dla pielęgniarek pracujących na intensywnej terapii,

dotyczące radzenia sobie ze stresem. Są to bardzo owocne i cieszące się dużym zainteresowaniem spotkania. Wiceprezesa naszej Koalicji, Elżbieta Brzozowska – wspaniała, empatyczna, pełna pasji osoba, organizatorka tych wydarzeń, chce, aby zajęcia takie były dostępne dla lekarzy, bo wypalenie zawodowe to oficjalnie uznana przez WHO choroba. Musimy nauczyć się je rozpoznawać i odróżniać od depresji, nie bać się mówienia o tym, co nas boli, i sięgania po pomoc psychologiczną.

Polecam przy okazji książeczkę wydaną przez naszą fundację „Komunikacja z rodzicami wcześniaków”. Wcielam się tam w rolę pielęgniarki, która spotyka mamę, gdy ta pierwszy raz po porodzie wchodzi na oddział intensywnej terapii i może zobaczyć swoje malutkie, zwykle bardzo chore dzieciątko. Krótki przewodnik pomaga zrozumieć, jak należy się zachować, jak rozmawiać, by matka mogła funkcjonować bez stresu.

Jak zmieniło się postrzeganie rodziców, których dzieci przebywają na oddziale intensywnej terapii noworodka?

Rodzice nie są już osobami odwiedzającymi nasze oddziały intensywnej terapii noworodka – to bardzo się zmieniło. Mama i tata powinni mieć dostęp do

dziecka 24 godziny na dobę, kangurować je, dotykać, czytać mu, wykonywać zabiegi pielęgnacyjne, gdy stan dziecka na to pozwala. Rodzice powinni patrzeć nam na ręce nie dlatego, aby nas krytykować – w ten sposób budujemy prestiż naszego zawodu.

Co jeszcze jest do poprawy, zdaniem pani profesor, w opiece nad wcześniakiem?

Choć na tle Europy wypadamy bardzo dobrze, myślę, że NIDCAP, czyli neurorozwojowa, indywidualna opieka nad noworodkiem urodzonym przedwcześnie, jest na wyższym poziomie we Francji, w Holandii, Niemczech czy Skandynawii. Staramy się dbać o to, by dziecko na oddziale intensywnej terapii miało cicho i ciemno, umieszczamy maluszki w specjalnych gniazdkach, przykrywamy inkubatory, chroniąc dziecko od hałasu i ostrego światła. Ale w tych wymienionych przeze mnie krajach myśli się o wyeliminowaniu wszystkiego, co mo-

głoby szkodzić noworodkom, np. o nowych rozwiązaniach architektonicznych dla oddziałów noworodkowych, które sprzyjałyby ich wyciszeniu. I nie chodzi tylko o takie oczywistości, jak hałas, który generuje sam inkubator, ale także o wyciszenie dźwięków towarzyszących odłączaniu elementów aparatury, które dla delikatnego słuchu wcześniaka są bardzo mocnym bodźcem.

Nadal nie wszystkie oddziały intensywnej terapii w Polsce są otwarte dla rodziców 24 godziny na dobę. Nie we wszystkich pokarm mamy jest podawany do buzi dziecka od pierwszej minuty, chociaż jest pod tym względem coraz lepiej. A mleko matki to dla wcześniaka lek – powinniśmy podawać je od samego początku pobytu dziecka na oddziale intensywnej terapii, by zadbać o dobrą mikrobiotę jego przewodu pokarmowego.

Za sukces możemy uznać finansowanie ochrony wcześniaków przed wirusem RS. Niestety jest to tylko grupa 1,5 proc. dzieci – najmniejsze wcze-

śniaki, dzieci z mukowiscydozą i z SMA. Staramy się, by wszystkie dzieci, nie tylko przedwcześnie urodzone noworodki, mogły być uodpornione przeciwko RSV, i to w sposób mniej inwazyjny. Aktualnie nasze wcześniaki otrzymują pięć iniekcji w sezonie jesienno-zimowym, a jest już możliwość podania nowych przeciwciał monoklonalnych w jednej iniekcji. Na świecie nie ma szczepionki przeciwko temu wirusowi. Mamy natomiast zalecaną szczepionkę bezpłatną dla kobiet w ciąży przeciwko RSV, która chroni noworodka. I to też jest nasz duży sukces.

Warto również wspomnieć, że trwa obecnie w Polsce pilotażowy program „Kompleksowej opieki rozwojowej dzieci urodzonych przedwcześnie”, stworzony przez konsultanta krajowego w dziedzinie neonatologii, prof. Ewę Helwich. To koordynowana opieka nad wcześniakiem do trzeciego roku życia, która również jest olbrzymim sukcesem polskiej neonatologii.



Zapraszamy na szkolenia!

Ośrodek Doskonalenia Zawodowego Lekarzy i Lekarzy Dentystów zaprasza członków Okręgowej Izby Lekarskiej w Warszawie na bezpłatne szkolenia online i stacjonarne.

CZERWIEC 2025



Szkolenia OIL

4.06 | godz. 19.00–21.00

Lekarz – badacz na konferencji naukowej: abstrakt, prezentacja, poster i podstawy autoprezentacji – Dorota Sys

5.06 | godz. 19.00–21.00

Lekarz – pracownik, lekarz – współpracownik, lekarz prowadzący praktykę lekarską. Różnice i podobieństwa – ujęcie prawne – Katarzyna Smak, Krzysztof Gołębiewski

10.06 | godz. 18.00–20.00

Medycyna końca życia: jakie leki i procedury warto stosować? – dr n. med. Agata Malenda, Instytut Dobrej Śmierci

11.06 | godz. 19.00–21.00

Badania naukowe – od pomysłu do publikacji. Dokumentacja w badaniach naukowych – dr hab. n. med. Julia Bijok

16.06 | godz. 19.00–21.00

Nowe metody diagnostyczne i terapeutyczne chorób zwyrodnieniowych mózgu – prof. Monika Rudzińska-Bar, dr n. med. Magdalena Wójcik-Pędziwiatr

17.06 | godz. 8.30–15.30

Praca z osobami, które doświadczyły przemocy seksualnej – Fundacja Feminoteka: adw. Kamila Ferenc, lek. Rafał Zadykowicz, Katarzyna Nowakowska

17.06 | godz. 16.00–20.00

Mobbing, dyskryminacja, molestowanie – fakty, mity i praktyka – mec. Aleksandra Luty (stacjonarnie w Radomiu)

24.06 | godz. 19.00–21.00

Badania naukowe – od pomysłu do publikacji. Zarys instytucji prawnych istotnych przy prowadzeniu badań naukowych – mec. Krzysztof Kaczmarek, mec. Marcin Macioszek

26.06 | godz. 19.00–21.00

Badania naukowe – od pomysłu do publikacji. Granty naukowe i współpraca z firmami MedTech w erze sztucznej inteligencji – Nikola Fajkis-Zajczkowska



Za wszystkie szkolenia zdobywa się punkty edukacyjne

Mazowieckie Spotkania Stomatologiczne – więcej niż konferencja

Mazowieckie Spotkania Stomatologiczne po raz dziewiąty gromadzą środowisko stomatologiczne z całej Polski. W czerwcu specjaliści z różnych dziedzin stomatologii spotykają się w sercu Mazowsza, by wspólnie poszerzać wiedzę, dzielić się doświadczeniem i inspirować do dalszego rozwoju zawodowego.

W tegorocznej edycji wydarzenia, która odbywa się 6–8 czerwca w hotelu Narvil w Serocku, uczestnicy wezmą udział w wykładach prowadzonych przez cennionych ekspertów oraz w warsztatach praktycznych. Program obejmuje najnowsze zagadnienia z zakresu protetyki, chirurgii stomatologicznej czy im-

plantologii oraz nowoczesnych technologii w gabinecie dentystycznym.

– Zależy nam na tym, by stworzyć wydarzenie, które łączy naukę, praktykę i relacje międzyludzkie. Nie jesteśmy tylko konferencją – jesteśmy miejscem spotkań, rozmów i inspiracji – mówi dr n. med. Dariusz Paluszek, współorganizator Mazowieckich Spotkań Stomatologicznych. – Chcemy, by każdy uczestnik mógł znaleźć tu coś wartościowego – niezależnie od tego, czy pracuje w małym gabinecie, dużej klinice, czy dopiero zaczyna swoją drogę zawodową. Naszym celem jest stworzenie przestrzeni, w której lekarze dentyści i osoby związane z branżą mogą nie tylko zdobywać wiedzę, ale też nawiązywać wartościowe relacje zawodowe.

Co więcej, z roku na rok rośnie liczba uczestników, a to pokazuje, że zapotrzebowanie na taką formę spotkań jest ogromne. Organizatorzy stawiają na wysoki poziom merytoryczny i praktyczne podejście, bo to właśnie jest najważniejsze w codziennej pracy lekarza.

Program wydarzenia jest różnorodny i elastyczny – uczestnicy mogą wybierać spośród wielu wykładów, paneli dyskusyjnych oraz sesji i kursów. MSS to także strefa wystawiennicza, gdzie uczestnicy zapoznają się z najnowszymi produkta-

mi, sprzętem i rozwiązaniami oferowanymi przez firmy z branży. To doskonała okazja, by przekonać się, jakie innowacje wspierają dziś nowoczesną stomatologię.

MSS zyskują opinię jednego z najbardziej wartościowych spotkań branżowych w Polsce – nie tylko ze względu na merytorykę, ale też atmosferę, która sprzyja integracji i otwartym rozmowom. *– To, co nas wyróżnia, to ludzie – prelegenci, partnerzy i przede wszystkim uczestnicy. Ich zaangażowanie i pasja sprawiają, że Mazowieckie Spotkania Stomatologiczne żyją nie tylko w trakcie wydarzenia, ale i długo po nim – dodaje dr Paluszek.*

Czerwcową edycję zapowiada się jako jedno z najciekawszych wydarzeń w stomatologicznym kalendarzu. Każdy, kto ceni sobie rozwój, nowoczesność i realne wsparcie w codziennej praktyce zawodowej, na pewno znajdzie tu coś dla siebie.

– Zależy nam na tym, by każdy uczestnik wyjeżdżał stąd z nową wiedzą, nowymi kontaktami i nową energią do działania. To jest nasza misja i ogromna satysfakcja – podkreśla dr Paluszek.

Relację z IX Mazowieckich Spotkań Stomatologicznych zamieścimy w kolejnym wydaniu „Pulsu”. ●

IX Mazowieckie Spotkania Stomatologiczne



Komisja ds. Lekarzy Dentystów ORL w Warszawie

- ✓ XXXIX Naukowo-Szkoleniowa Konferencja Sekcji Protetyki Polskiego Towarzystwa Stomatologicznego
- ✓ IX Naukowo-Szkoleniowa Sesja Polskiego Towarzystwa Stomatologii Dziecięcej
- ✓ III Naukowo-Szkoleniowa Sesja Polskiego Towarzystwa Stomatologii Geriatrycznej

- ✓ III Naukowo-Szkoleniowa Sesja Ogólnopolskiego Stowarzyszenia Implantologii Stomatologicznej
- ✓ I Naukowo-Szkoleniowa Sesja Polskiego Towarzystwa Radiologii Stomatologicznej i Szczękowo-Twarzowej
- ✓ oraz wiele innych interesujących wykładów wygłoszonych przez autorytety polskiej stomatologii

Kierunek przyszłość innowacja i tradycja w stomatologii

• 6-8.06.2025 • Hotel Narvil • Serock

- ➔ Ponad 30 wykładów, trzy dni debat, spotkań, wymiany poglądów
- ➔ Możliwość zdobycia 25 punktów edukacyjnych w tym 5 punktów radiologicznych

Rejestracja na IX MSS oraz szczegółowy program: mss.izba-lekarska.pl

Zęby dziecka to inwestycja w zdrowie dorosłego

Mimo coraz większego dostępu do wiedzy i opieki medycznej statystyki dotyczące próchnicy wśród najmłodszych w Polsce są alarmujące. O tym, dlaczego zdrowie jamy ustnej zaczyna się już w okresie niemowlęcym, jaką rolę odgrywają rodzice, szkoły i lekarze oraz dlaczego profilaktyka jest kluczem do zdrowia – mówi **dr n. med. Dariusz Paluszek**, wiceprezes Okręgowej Rady Lekarskiej w Warszawie i przewodniczący Komisji ds. Lekarzy Dentystów.

rozmawiała
DOROTA LEBIEDZIŃSKA



fot. Mirosław Żydecki

Dlaczego higiena jamy ustnej u dzieci jest aż tak ważna?

Bo to nie tylko kwestia ładnego uśmiechu. Zdrowie jamy ustnej u dzieci wpływa na ich rozwój fizyczny, emocjonalny i społeczny. Próchnica zębów mlecznych może powodować ból, trudności z jedzeniem, mówieniem, a nawet wpływać na naukę i samoocenę dziecka. Co więcej, zaniedbane zęby mleczne zwiększają ryzyko problemów z zębami stałymi, deformacji twarzy czy konieczności kosztownego leczenia ortodontycznego w przyszłości. Nieleczona próchnica to nie tylko problem estetyczny – to przewlekła, postępująca choroba infekcyjna. Przecież infekcje jamy ustnej mogą prowadzić do powikłań w obrębie zatok, uszu, a nawet serca czy nerek.

Jak wygląda sytuacja w Polsce?

Czy naprawdę jest aż tak źle?

Niestety, tak. Badania pokazują, że aż 41,1 proc. polskich trzylatków ma już próchnicę, a sześciolatki w Polsce mają gorszy stan uzębienia niż dzieci z Ugandy czy Wietnamu. Co dziesiąty siedmioletek nigdy nie był u dentysty. Dodatkowo tylko 62 proc. trzylatków myje zęby dwa razy dziennie, a zaledwie 43 proc. pomagają dorośli. To jasno pokazuje, że problem nie leży w dostępności zasobów, lecz w edukacji, świadomości i systemowym podejściu.

Dlaczego tak się dzieje?

Czy dorosłym brakuje wiedzy?

Wiedzy może i nie brakuje, ale brakuje działania. Powiedziałbym raczej: brakuje praktycznej edukacji i wzorców. Świadomość, „że trzeba myć zęby”, jest powszechna, ale wiedza, co to naprawdę oznacza – już nie. Wiele osób nie dba o higienę jamy ustnej. Czasem wynika to z lenistwa, niekiedy z braku czasu, a innym razem dlatego, że sami dorośli nie wynieśli takich nawyków z domu. Prawdziwym problemem jest to, że

wciąż nie traktujemy profilaktyki jako priorytetu – a przecież to właśnie ona pozwala uniknąć kosztownego leczenia w przyszłości.

Rodzice często nie wiedzą, że dzieciom należy pomagać w szczotkowaniu zębów do siódmego–ósmego roku życia, że pasta musi zawierać odpowiednie stężenie fluoru, że nawyki dietetyczne mają kluczowe znaczenie.

Czyli winni są rodzice?

Nie szukajmy winnych – szukajmy odpowiedzialnych. To właśnie rodzice mają największy wpływ na to, jakie nawyki higieniczne przekażą swoim dzieciom. Jeśli mama sama nie myje zębów regularnie, trudno oczekiwać, że będzie tego pilnować u dziecka. Potrzebna jest edukacja całej rodziny, nie tylko dzieci.

Co jeszcze jest przyczyną tak złego stanu uzębienia najmłodszych?

To choroba wieloczynnikowa. Główne przyczyny to zbyt rzadkie i nieprawidłowe szczotkowanie zębów, brak nadzoru rodziców, niewłaściwa dieta bogata w cukry, a także zbyt późne rozpoczęcie profilaktyki. Próchnicę wywołują bakterie *Streptococcus mutans* oraz *Streptococcus sobrinus* i *Lactobacillus*, które metabolizują cukry do kwasów uszkadzających szkliwo. Dziecko zasypiające z butelką mleka modyfikowanego czy soku to codzienność, którą rodzice często uznają za „normalną”, a która prowadzi do dramatycznych skutków zdrowotnych, natomiast pierwsza wizyta u dentysty bywa odwlekana, aż pojawi się ból.

Jakie są konsekwencje zaniedbywania zdrowia jamy ustnej w dzieciństwie?

Długofalowe i bardzo poważne. Tacy pacjenci wymagają kompleksowej opieki – od leczenia próchnicy, przez ortodoncję, aż po psychologiczne wsparcie. Przedwczesne usunięcie zębów mlecz-



nych może zakłócić rozwój kości twarzy, co później wymaga kosztownego leczenia ortodontycznego, chirurgicznego, a nawet wpływa na rysy twarzy. Znam pacjentów, którzy zaczynają tracić zęby już w dzieciństwie, a później całe życie walczą o ich odbudowę. Poza tym dzieci cierpiące z powodu próchnicy doświadczają bólu, problemów ze snem, koncentracją, nauką, a nawet depresji i wycofania społecznego. Zdrowie jamy ustnej to nie estetyka – to jakość życia.

Czy można coś zrobić, by poprawić sytuację?

Potrzebujemy ogólnonarodowego programu profilaktyki, który będzie faktycznie wdrażany, nie tylko opisywany w dokumentach. Musimy też zacząć mówić o higienie jamy ustnej nowym językiem – atrakcyjnym, medialnym, wciągającym. Współpraca z celebrytami, edukacja przez social media, wątki w serialach, reklamy w stylu *product placement* – to są skuteczne metody działania, które mogą wpłynąć na zmianę postaw. I nie zapominajmy przede wszystkim o roli pediatrów i higienistek stomatologicznych. Lekarze POZ i pediatrzy są pierwszą linią kontaktu z dzieckiem. To oni widzą malucha czę-

ściej niż dentysta. Powinni więc pytać o higienę jamy ustnej, o pierwszą wizytę stomatologiczną, o dietę. Informować, że pierwsza wizyta u dentysty powinna odbyć się nie później niż w 12. miesiącu życia, a nie dopiero „jak coś się dzieje”. Lekarze rodzinni mają też ogromny autorytet – jeśli przekażą rodzicom, że zęby mleczne mają znaczenie, to ten komunikat przebieje się znacznie skuteczniej niż plakat w przychodni.

Jaką rolę pełnią tu przedszkola i szkoły?

Ogromną, ale niestety ograniczaną przez prawo. Dziś nie możemy bez zgody rodziców leczyć dzieci w placówkach – jak to było kiedyś. Każda interwencja wymaga aktywności rodzica. Dlatego tak ważne jest budowanie świadomości całej rodziny.

Można zaryzykować stwierdzenie, że zdrowie jamy ustnej to „wskaźnik zdrowia publicznego”?

Absolutnie tak. Stan uzębienia dzieci jest zwierciadłem efektywności systemu ochrony zdrowia, poziomu edukacji zdrowotnej całego społeczeństwa i skuteczności polityki społecznej. W marcu w Senacie odbył się okrągły

stół poświęcony profilaktyce stomatologicznej. Podczas tego spotkania eksperci bardzo mocno podkreślali znaczenie profilaktyki jako kluczowego elementu zdrowia ogólnego oraz potrzebę zwiększenia finansowania publicznej opieki stomatologicznej. Zwracano uwagę na alarmujący stan zdrowia jamy ustnej Polaków, niski poziom edukacji zdrowotnej oraz wykluczenie dzieci i dorosłych z dostępu do usług stomatologicznych. Słusznie również zauważono, że lekarze wszystkich specjalności już na etapie nauki powinni być uczuleni na znaczenie zdrowia jamy ustnej. To nie dodatek, ale integralna część zdrowia ogólnego.

Wnioski z debaty miały posłużyć jako punkt wyjścia do dalszych działań legislacyjnych i systemowych. Minęły ponad dwa miesiące i nadal czekamy. A nie ma na co, bo przecież od tego, czy uda nam się wychować młode pokolenie w kulturze dbania o zdrowie jamy ustnej, zależą nie tylko jego zdrowie, ale i realne oszczędności dla budżetu państwa. Jeśli chcemy budować zdrowe społeczeństwo – musimy zacząć od podstaw. A jednym z fundamentów jest właśnie higiena jamy ustnej od pierwszych miesięcy życia. ●

Realne zagrożenie – realna ochrona?



ANNA PRAWDZIK

Zespół Młodych Lekarzy Dentystów
Komisji ds. Lekarzy Dentystów

Agresji ze strony pacjentów lub osób z nimi związanych doświadczają w Polsce ponad 60 proc. lekarzy. Większość ataków przybiera formę agresji słownej, w tym wpisów na forach internetowych, które mogą stanowić naruszenie godności lub dobrej imienia lekarza. Zgodnie z ustawą o świadczeniu usług drogą elektroniczną po otrzymaniu wiarygodnej informacji o bezprawnym charakterze wpisu administrator strony powinien niezwłocznie uniemożliwić do niego dostęp.

Fizyczna agresja pacjenta wobec lekarza, powodująca wystąpienie rzeczywistego uszczerbku na zdrowiu, może skutkować nałożeniem na pacjenta przez sąd obowiązku naprawienia szkody lub zapłaty lekarzowi zadośćuczynienia. Poprawę bezpieczeństwa w gabinetach może zapewnić instalacja przycisków alarmowych oraz uwzględnienie rozwiązań architektonicznych umożliwiających szybką ewakuację. Obecność asysty w gabinecie czy też otwarcie drzwi na korytarz mogą pomóc w deeskalacji sytuacji.

Lekarz ma prawo odstąpić od leczenia pacjenta agresywnego, jeżeli nie zachodzi przypadek niecierpiący zwłoki ani zagrożenie życia pacjenta, co wynika z art. 38 ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty. W razie odstąpienia od leczenia lekarz ma obowiązek odpowiednio wcześniej poinformować pacjenta i wskazać realne możliwości uzyskania świadczenia u innego lekarza, a także uzasadnić i odnotować odstąpienie w dokumentacji medycznej.

Zgodnie z art. 44 ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty lekarzowi przysługuje ochrona prawna należąca funkcjonariuszowi publicznemu, gdy udziela pomocy doraźnej, działa w sytuacji niecierpiącej zwłoki lub wykonuje zawód w podmiocie leczniczym posiadającym umowę na świadczenia finansowane ze środków publicznych. W takich przypadkach sprawca agresywnego zachowania wobec lekarza podlega odpowiedzialności karnej na zasadach określonych dla przestępstw przeciwko funkcjonariuszom publicznym, a postępowanie prowadzone jest z urzędu.

Wyniki kontroli przeprowadzonej przez NIK pokazują, że liczba podmiotów mających umowy z NFZ na świadczenia stomatologiczne w latach 2021–2023 sukcesywnie spadała. W 2022 r. zaledwie 34,6 proc. lekarzy dentystów udzielało świadczeń w ramach NFZ, a z opieki stomatologicznej w ramach publicznego systemu skorzystało tylko ok. 15 proc. pacjentów. Dane te jednoznacznie

wskazują na dominujący udział sektora prywatnego w opiece stomatologicznej. W kontekście pacjenta agresywnego oznacza to, że istotny odsetek lekarzy dentystów nie może skorzystać z ochrony prawnej należącej funkcjonariuszom publicznym, ponieważ podmioty, w których wykonują zawód, nie posiadają umowy z NFZ. W przypadku agresji pacjenta lekarz dentysta pracujący w sektorze prywatnym musi samodzielnie zainicjować postępowanie karne, składając prywatny akt oskarżenia, którego popieranie przed sądem obciąża pokrzywdzonego lekarza.

W ciągu zaledwie czterech pierwszych miesięcy 2025 r. w wyniku ataków pacjentów z użyciem noża zginęli ratownik medyczny i lekarz. Tylko solidarna postawa całego środowiska medycznego może doprowadzić do zmian systemowych, takich jak bezwzględne egzekwowanie prawa karnego w przypadkach napaści na pracowników ochrony zdrowia, wzmocnienie ochrony danych osobowych lekarzy, zapewnienie personelowi medycznemu stosownych szkoleń i dostępu do opieki psychologicznej. Z perspektywy lekarzy dentystów istotne jest, aby wprowadzane rozwiązania zapewniające ochronę dotyczyły wszystkich pracowników opieki zdrowotnej, niezależnie od tego, czy wykonują oni zawód w sektorze publicznym, czy prywatnym. ●



Statuetka św. Apolonii

– wyróżnienie z misją

Statuetka św. Apolonii – patronki lekarzy dentystów – stanowi wyjątkowe wyróżnienie przyznawane przez Okręgową Izbę Lekarską w Warszawie osobom, organizacjom i instytucjom, które w szczególny sposób zasłużyły się na rzecz środowiska lekarzy dentystów zrzeszonych w izbie.

Wyżnienie to ma charakter prestiżowy i honorowy, a jego celem jest promowanie podstaw wspierających rozwój, integrację oraz umacnianie roli lekarzy dentystów w systemie ochrony zdrowia. Nagroda przyznawana jest corocznie jednemu laureatowi, w tym roku już po raz piąty. Wyboru dokonuje kapituła powoływana przez członków Komisji ds. Lekarzy Dentystów Okręgowej Rady Lekarskiej w Warszawie. W skład kapituły wchodzi pięciu członków Komisji, w tym obligatoryjnie wiceprezes ORL. Członkowie kapituły wybierają spośród siebie kanclerza oraz sekretarza, których zadaniem jest przeprowadzenie całego postępowania konkursowego – od weryfikacji wniosków po wybór laureata.

ZASADY ZGŁASZANIA KANDYDATÓW

Wniosek o przyznanie statuetki może złożyć każdy członek izby. Powinien to zrobić na specjalnym formularzu, który musi być prawidłowo wypełniony i podpisany.

Wniosek ma charakter poufny i trzeba go dostarczyć w zamkniętej kopercie do sekretariatu prezesa z adnotacją, że kierowany jest bezpośrednio do kanclerza kapituły. Termin składania wniosków mija 31 lipca. Dopuszczalne jest także złożenie wniosku drogą elektroniczną – za pośrednictwem strony internetowej OIL. W tym przypadku obowiązują te same terminy.

PRACE KAPITUŁY I WYBÓR LAUREATA

Następnie rozpoczyna się postępowanie konkursowe. Pierwszym etapem prac kapituły jest weryfikacja formalna wniosków. Następnie kapituła sporządza „Wykaz zgłoszonych kandydatur do przyznania statuetki św. Apolonii”, po czym rozpoczyna się proces oceny merytorycznej.

Decyzję o wyborze laureata kapituła podejmuje w tajnym głosowaniu. W przypadku równej liczby głosów decydujący jest głos kanclerza. Głosowanie odbywa się pod warunkiem obecności co najmniej trzech członków kapituły i nie dopuszcza się możliwości wstrzymania się od głosu.

Zgodnie z regulaminem możliwe jest również przeprowadzenie całego postępowania w formie zdalnej, z wykorzystaniem środków bezpośrednio porozumiewania się na odległość. W takim przypadku głosowanie odbywa się jawnie, przy zachowaniu wszystkich pozostałych zasad.

WRĘCZENIE STATUETKI I PUBLIKACJA WYNIKÓW

Uroczystość wręczenia statuetki św. Apolonii oraz towarzyszącego jej dyplomu, który potwierdza przyznanie wyróżnienia, odbywa się w terminie i miejscu wyznaczonym przez kapitułę. Statuetkę wręczają prezes Okręgowej Rady Lekarskiej w Warszawie oraz przewodniczący Komisji ds. Lekarzy Dentystów.



ZNACZENIE I PRESTIŻ WYRÓŻNIENIA

Statuetka św. Apolonii to nie tylko forma uhonorowania za konkretne działania na rzecz środowiska lekarzy dentystów, ale także wyraz szacunku i uznania dla prowadzonej działalności. Laureatem może zostać osoba fizyczna, prawna, organizacja pozarządowa, instytucja publiczna, a nawet jednostka nieposiadająca osobowości prawnej – o ile spełnia warunki określone w regulaminie i uzyska rekomendację kapituły.

Laureatami statuetki św. Apolonii do tej pory byli prof. Dorota Olczak-Kowalczyk, prof. Agnieszka Mielczarek, red. Mirosław Stańczak z Infodent 24 oraz prof. Kazimierz Szopiński.

Dokąd zmierza opieka



MAŁGORZATA SOLECKA
dziennikarka

Miała być remedium na kilka istotnych problemów systemu ochrony zdrowia, ale czy po dwóch i pół roku funkcjonowania rzeczywiście jest? Umowy na opiekę koordynowaną ma nieco ponad 40 proc. poradni POZ, ale tylko niewielka część z nich realizuje wszystkie ścieżki, jakie w tej chwili przewidują przepisy. Eksperci stawiają pytanie, czy model koordynacji zostanie wdrożony w całej POZ, a jeśli tak, to w jakim momencie. Lekarze POZ przypominają, że takich planów nie było i nie ma.

W październiku 2022 r. w Polsce rozpoczął się program opieki koordynowanej, w ramach którego część pacjentów korzystających z podstawowej opieki zdrowotnej może liczyć na inny wachlarz i jakość usług. Opieka koordynowana opiera się na bliskiej współpracy lekarza POZ z lekarzami różnych specjalizacji, co w połączeniu z możliwością kierowania pacjentów na szeroki pakiet badań oraz świadczeniami dostępnymi w samym POZ (np. poradą dietetyczną) daje kompleksową opiekę w trakcie procesu diagnostycznego i leczniczego.

W opiece koordynowanej zostało wyodrębnionych pięć ścieżek diagnostyczno-terapeutycznych: kardiologiczna, endokrynologiczna, diabetologiczna, alergologiczna i nefrologiczna. Placówka POZ – w zależności od możliwości – może podpisać umowy na jedną lub więcej ście-

żek. Do programu przystąpiło do tej pory 40 proc. poradni POZ w Polsce. Z przedstawianych wiosną danych wynika, że spośród ok. 2,1 tys. poradni, które realizują OK, umowy na wszystkie ścieżki ma podpisane nieco ponad 420, czyli poniżej 10 proc. wszystkich poradni POZ.

Część ekspertów uważa, że właśnie ta liczba powinna stanowić punkt wyjścia do rozmów o perspektywach opieki koordynowanej, zwłaszcza że pojawia się coraz więcej pomysłów na powiększanie liczby ścieżek: jako najbardziej oczywistą, bo powiązaną z co najmniej trzema już funkcjonującymi, ale też odpowiadającą wyzwaniom epidemiologicznym, wskazuje się koordynację opieki nad pacjentami z otyłością. – *Opieka koordynowana jest pierwszym programem diagnostyczno-terapeutycznym, który wprowadził dostęp do kon-*

sultacji dietetycznych na poziomie POZ, jednak dotychczasowe zapisy wyżej wymienionego rozporządzenia ograniczają je do pacjentów, u których rozpoznano wymienione w wykazie świadczeń jednostki chorobowe niezależnie od ich wyjściowej wagi i wzrostu. Część pacjentów z otyłością, a w szczególności dzieci i młodzież, nie rozwinęła tych chorób, jednakże odniostaby korzyść z realizacji porad dietetycznych i możliwości wczesnej diagnostyki powikłań – zwróciła niedawno uwagę Okręgowa Rada Lekarska w Łodzi.

Wątpliwości budzi jednak to, jak bardzo można pogłębiać czy poszerzać ofertę opieki koordynowanej w momencie, w którym większość poradni POZ nie oferuje jej w ogóle, a z tych, które umowy mają podpisane, kompleksową opiekę realizuje mniejszość? Czy dodawanie kolejnej ścieżki (ścieżek) nie pogłębi jeszcze problemu „POZ dwóch prędkości”? Podczas debat eksperckich oraz dyskusji w Sejmie (np. podczas posiedzeń Podkomisji Stałej ds. Organizacji Ochrony Zdrowia) Krzysztof Zdobyłak, ekspert Naczelnej Rady Lekarskiej, pytał – między innymi – o to, w jakim horyzoncie czasowym opieka koordynowana ma zostać wprowadzona we wszystkich poradniach POZ. Zwracał też uwagę, że samo wdrożenie programu bez określenia harmonogramu wdrażania stawia jego powodzenie pod znakiem zapytania. Gdy w latach 2021–2022 trwały rozmowy na temat implementacji modelu opieki koordynowanej, zostało powiedziane wprost, że nie będzie on obligatoryjny – zarówno Ministerstwo Zdrowia, NFZ, jak i organizacje zrzeszające lekarzy POZ zgodziły się wręcz, że docelowo – w dającej się przewidzieć przyszłości – część poradni POZ w ogóle nie podpisze umów na opiekę koordynowaną. Jacek Krajewski, prezes Federacji Porozumienie Zielonogórskie, wielokrotnie tłumaczył, że dla bardzo małych poradni, zwłaszcza

koordynowana?

cza prowadzonych przez starszych lekarzy – tych w POZ nie brakuje – którzy planują zakończenie pracy w perspektywie kilku lat i nie zakładają rozwijania swojej placówki, podejmowanie kolejnego wyzwania jest zbyt absorbujące.

Wiadomo jednak, że pacjenci na tym rozwiązaniu mogą wiele skorzystać, na przykład przez wyraźne skrócenie czasu oczekiwania na diagnostykę. Z raportu na temat funkcjonowania opieki koordynowanej, przygotowanego na podstawie badania ankietowanego i przedstawionego przez Fundację My Pacjenci jesienią 2024 r., a więc po dwóch latach od formalnego startu programu (październik 2022 r.), wynika, że średni czas oczekiwania na badanie holter EKG wynosi 2,5 tygodnia, echo serca – 2,9 tygodnia, USG doppler – 2,7 tygodnia. Tymczasem czas oczekiwania na te badania poza OK był znacznie dłuższy: holter EKG – 16 tygodni, echo serca – 12,8 tygodnia, USG doppler – 15,2 tygodnia. To oznacza, ni mniej, ni więcej, że pacjenci objęci koordynacją opieki mają badania wykonywane nawet pięć razy szybciej. Badanie potwierdziło również, że ponad 90 proc. pacjentów korzystających z opieki koordynowanej wysoko ocenia wsparcie koordynatora medycznego i współpracę zespołu przychodni, przez co czują się odpowiednio zadbani, wska-

zując na atuty opieki koordynowanej, takie jak dobra organizacja wizyt, terminów badań czy ułatwiony dostęp do konsultacji ze specjalistą.

Opieka koordynowana, w ocenie ekspertów i samych lekarzy, jest na przestrzeni ostatnich lat jedynym rzeczywistym wdrożeniem (to znaczy – realizowanym, niesprowadzającym się jedynie do zapowiedzi) procesem zmian, nawet jeśli nie tylko nie jest on zakończony, ale nie określono punktu, którego osiągnięcie można uznać za wypełnienie celu. W rozmowach z przedstawicielami lekarzy – na przykład FPZ – można usłyszeć, że gdy przekroczony zostanie próg 50 proc. podmiotów, będzie to oznaczać osiągnięcie masy krytycznej. Jednak, choć ten cel wydaje się bliski, wcale nie musi zostać szybko zrealizowany. Powód to przede wszystkim brak systemowych pomysłów na zachęcenie „obserwatorów” do podpisania umów z NFZ, choćby na jedną czy na wybrane ścieżki. Jeśli na to nałożyć zawirowania dotyczące finansowania (w ubiegłym roku pod znakiem zapytania stało regulowanie przez NFZ płatności za nadwykonania w opiece koordynowanej) podstawowego problemu, jakim jest znalezienie specjalistów do współpracy, trudno liczyć, że w ciągu kolejnego roku uda się pozyskać do koordynacji kilkaset (ok. 500) poradni.

To jednak nie wszystko. Opieka koordynowana w POZ to tylko jeden wymiar tej opieki, jaki jest wdrażany w systemie opieki zdrowotnej. W tej chwili w Sejmie trwają prace nad Krajową Siecią Kardiologiczną, która koncentruje się na leczeniu specjalistycznym, przede wszystkim szpitalnym, ale nie abstrahuje również od podstawowego poziomu opieki nad pacjentem. Tyle że KSK i ścieżka kardiologiczna w POZ systemowo „się nie widzą”. Ministerstwo Zdrowia na etapie prac w Komisji Zdrowia wyjaśniało, że pilotaż sieci kardiologicznej wykazał dobitnie brak zainteresowania ze strony POZ współpracą w ramach sieci. Trudno oprzeć się wrażeniu, że przypomina to memiczne fotografie, w których tory kładzie się z dwóch oddalonych od siebie punktów tak, że zamiast się zetknąć, wyraźnie się rozmiągają. To jeden z efektów silosowości systemu, na którą zwraca uwagę m.in. wiceprezes Narodowego Funduszu Zdrowia Jakub Szulc, mówiąc wprost, że poszczególne segmenty systemu „się nie widzą”, co skutkuje również tym, że „nie widzą się” wprowadzane w ich ramach zmiany. Pozostaje mieć nadzieję, że z czasem – w procesie, który potrwa lata, a być może nawet dekady – efekty zmian zaczną się zazębiać z korzyścią dla pacjenta i dla systemu. ●

© Copyright by OIL w Warszawie. Wszelkie prawa do przedruku są zastrzeżone.



USŁUGI KSIĘGOWE



W ramach opłacanej składki **lekarze i lekarze dentyści mogą skorzystać z dofinansowania kompleksowych usług księgowych.**



Prowadź księgowość z OIL. Usługi księgowe dla lekarzy przedsiębiorców **za 150 zł/mies.** (pozostałą kwotę pokrywa izba).

Pełną ofertę znajdziecie na stronie internetowej.

Męska kruchość



PAWEŁ WALEWSKI
autor jest publicystą „Polityki”

Męska duma to świetny kompan w drodze na cmentarz. Lekarza panowie omijają szerokim łukiem, potem płacą najwyższą cenę.

Mężczyźni lubią myśleć o sobie jako o twardzielnach: zdobywcach, wojownikach, bohaterach, którzy jednym ruchem ręki rozprawiają się z przeciwnościami losu. Ale kiedy przeciwnikiem jest ich własne zdrowie, ta heroiczna fasada pęka szybciej niż karoseria w starym polonezie. Statystyki nie są dla nich łaskawe: w Polsce przeciętny mężczyzna żyje o siedem lat krócej niż kobieta (74,7 roku w porównaniu z 82 latami). Według niedawnego raportu BBC mężczyźni na całym świecie nadal unikają lekarzy, a ich podejście do zdrowia autorzy podsumowali jednym słowem: prokrastynacja.

Nie, tu nie ma pomyłki – nie o prokreację chodzi, choć pewnie część z państwa tak odczytała ten wyraz, bo akurat wiecie, co oznacza – gratulacje dla speców od biologii! Lecz prokrastynacja to coś zupełnie innego, choć jest równie płodna... w wymówki. To ten magiczny talent odkładania wszystkiego na

później, od badania prostaty po zmianę żarówki, z mistrzowską pewnością, że jutro też będzie dzień.

Prokrastynacja i prokreacja brzmią rzeczywiście jak kuzynki, które wpadły na rodzinny zjazd, ale tylko jedna z nich przynosi nowe życie, a druga... tylko nowe preteksty. Ironiczne, że faceci, którzy tak chętnie odkładają na jutro wizytę u lekarza, skracają sobie życie o te siedem lat, jakby chcieli udowodnić, że to nie tylko ich hobby, ale prawie olimpijska dyscyplina. W tym wypadku tzw. słaba płeć nabiera nowego znaczenia – nie w sensie fizycznym, choć i tu bywa różnie, ale w kontekście troski o własne ciało i umysł. Panowie rzadziej niż kobiety odwiedzają gabinety lekarskie, a jeśli już to robią, zwykle jest za późno, gdy choroba osiąga zaawansowane stadium. System ochrony zdrowia zdaje się ich nie interesować, dopóki nie muszą walczyć o życie.

Tymczasem kobiety, przyzwyczajone do regularnych wizyt u ginekologa lub

badan profilaktycznych, traktują zdrowie jak projekt do zarządzania. I często to one przejmują stery, gdy chodzi o zdrowie mężczyzn w ich życiu. *To moja żona umówiła mnie na badanie* – przyznaje niejeden sześćdziesięciolatek, którego partnerka dosłownie zaciągnęła do urologa po tym, jak zauważyła, że coraz częściej wstaje w nocy do toalety. Prof. Zbigniew Izdebski, seksuolog i autor licznych publikacji o zdrowiu seksualnym, potwierdza: *– Kobiety są często motorem działań zdrowotnych w rodzinie. To one umawiają mężów, synów, a nawet ojców na badania, przypominają o lekach, organizują wizyty u specjalistów. Mężczyźni? Oni wolą udawać, że wszystko jest w porządku, aż przestaje być.*

Mężczyźni często postrzegają siebie jako podporządkowanych popędom samców, którzy nie radzą sobie z własnymi problemami – w tym zdrowotnymi. I tu wkraczają ich partnerki, które, niczym współczesne sanitariuszki, przejmują kontrolę nad ich grafikiem wizyt lekarskich. Ta damska logistyka zdrowia ma swoje korzenie w społecznych rolach. Kobiety od wieków były opiekunkami domowego ogniska, a w XXI w. ta rola ewoluowała w coś w rodzaju menedżera rodzinnego pogotowia. Ale nie oszukujmy się: to nie *fair*. Kobiety mają własne życie, własne zdrowie do pilnowania. Dlaczego więc muszą jeszcze pełnić rolę osobistego asystenta medycznego dla swoich partnerów?

Konsekwencje takiego męskiego podejścia są druzgocące. Polska zajmuje piąte miejsce na świecie pod względem umieralności mężczyzn z powodu chorób układu krążenia – dziesiątki tysięcy zmarły, ignorując objawy, nie kontrolując ciśnienia czy cholesterolu, paląc papierosy i żyjąc w stresie. Ale to tylko wierzchołek góry lodowej. Męskie zdrowie jest jak domek z kart, podatny na załamanie z wielu stron. Rak płuca, rak żołądka, a przede wszystkim rak gruczołu krokowego to z kolei trzy najczęstsze nowotwory, które mogłyby mieć zupełnie inny przebieg, gdyby pacjenci byli bardziej wyczuleni na pierwsze objawy. A przynajmniej w tym ostatnim przypadku regularne badania, których



fot. licencja OIL w Warszawie

mężczyźni unikają jak ognia, mogłyby uratować im życie.

Tymczasem wielu mężczyzn z zaburzeniami urologicznymi w Polsce nie jest leczonych, często z powodu wstydu lub przekonania, że to nie problem medyczny. Mężczyźni wolą cierpieć w milczeniu, niż przyznać, że coś jest nie tak – zauważają eksperci. Wielokrotnie rozmawiałem na ten temat z urologami i na przykład prof. Andrzej Borkowski, wieloletni szef Kliniki Urologii Ogólnej, Onkologicznej i Czynnościowej WUM, opowiadał: – *Przyszedłszy z naszą prostatą – tak mówią w gabinecie kobiety, które przyprowadzają do mnie swoich mężów, bo dłużej nie mogą już wytrzymać tego nocnego wstawania albo żółtych plam na bieliźnie, które muszą spierać.*

Wyłącznie męski problem staje się nieoczekiwane kłopotem partnerki, ale jest wtedy cień nadziei, że szybciej będzie mu można zaradzić.

Męskie zdrowie to nie tylko serce i prostata. To także hormony, a konkret-

nie testosteron – ten mityczny eliksir męskości, który odpowiada za wygląd, temperament, libido, a nawet pewność siebie. Choć niski poziom testosteronu zwiększa ryzyko chorób układu krążenia, cukrzycy i osteoporozy, to mężczyźni rzadko decydują się na terapię hormonalną, bo – jak oceniają seksuolodzy – krępują się przyklejać plastry albo faszerować chemią, która ma im pomóc przezwyciężyć emocjonalne kłopoty. Ten wstyd to kolejny gwóźdź do trumny męskiego zdrowia. W efekcie depresja, która często towarzyszy andropauzie, pozostaje nieleczona. – *Mężczyźni wolą szukać pocieszenia w internecie lub w butelce, niż pójść do lekarza* – mówi dr Andrzej Depko, krajowy konsultant ds. seksuologii klinicznej. A przecież otwarta rozmowa z urologiem, endokrynologiem czy nawet terapeutą mogłaby wiele zmienić.

Czy chodzi tylko o doświadczenie kobiet w długości życia? Wielu woli wierzyć, że są nieśmiertelni. Tymczasem

męskie zdrowie to nie tylko problem jednostek, ale całego społeczeństwa. Krótsza długość życia oznacza bowiem wyższe koszty dla systemu opieki zdrowotnej, większe obciążenie dla rodzin. Wiele społecznych kampanii, jak listopadowy *Movember* (ma na celu podnieść świadomość na temat raka prostaty, jąder i depresji), próbuje zmienić to podejście, zachęcając do regularnych badań profilaktycznych. Ale nie jest to wcale proste, bo mężczyźni inaczej niż kobiety patrzą na rolę całego systemu opieki zdrowotnej. Zdaniem autorów wspomnianego raportu z Wielkiej Brytanii o wiele trudniej ich zachęcić do profilaktyki, ponieważ koncentrują się dopiero na rozwiązywaniu problemów, gdy się pojawią, a więc zawężają zadania i funkcje opieki medycznej do samego leczenia.

Z tego wynika na przykład to, że – przynajmniej w Anglii – dużo rzadziej biorą udział w programie badań przesiewowych w kierunku raka jelita grubego. Według prof. Paula Galdasa z University of York, który od ponad dwóch dekad prowadzi badania, w jaki sposób męskość wpływa na zachowania zdrowotne, mężczyźni szukają pomocy, gdy objawy zakłócają ich zdolność do funkcjonowania – dlatego zaczynają się bardziej angażować, jeśli oferta zostanie lepiej przykrojona do ich potrzeb, proaktywnie oferując wsparcie i koncentrując się na praktycznych działaniach na rzecz poprawy problemów ze zdrowiem. – *Mamy dowody z programów uwzględniających aspekt płci w zakresie zdrowia psychicznego, opieki onkologicznej i kontroli stanu zdrowia, które konsekwentnie to pokazują* – oświadcza profesor, sugerując, by ścieżkę badań profilaktycznych dla tej grupy promować nie dopiero od 50. roku życia, tylko znacznie wcześniej – już od drugiej dekady, aby przyzwyczaić młodych mężczyzn do dostępu do opieki medycznej.

Może wtedy łatwiej będzie im pojąć, że warto wziąć za siebie odpowiedzialność? Bo wbrew temu, co mężczyźni nieraz myślą na ten temat, nie są niezniszczalni. A nawyki ukształtowane w młodości okażą się mocniejszym fundamentem pod długie, aktywne życie. ●

Digitalizacja kartotek pacjentów: szklanka do połowy pusta czy pełna?



ARTUR OLESCH
dziennikarz

Jedynie 61,2 proc. podmiotów medycznych indeksuje EDM do Systemu e-Zdrowie (PI) – wynika z najnowszego badania stopnia informatyzacji przeprowadzonego przez Centrum e-Zdrowia. Czy po sukcesie e-recepty cyfryzacja ochrony zdrowia stanie w miejscu?

Wdrażanie elektronicznej dokumentacji medycznej (EDM) ma już w Polsce 10-letnią historię, ale nadal papier ma się całkiem dobrze. Obowiązkowa formalnie od 2021 r., szybko osiągnęła poziom 40–50 proc. pokrycia placówek medycznych, po czym tempo wdrażania wyraźnie zmalało i dziś wynosi kilka punktów procentowych rocznie. Jednym słowem: przejście na EDM stanęło w miejscu.

CO IDZIE NIE TAK Z CYFRYZACJĄ DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ?

Powodów jest wiele: koszty, brak kompetencji cyfrowych i czasu, obawy o bezpieczeństwo danych, a nawet takie bawozne kwestie, jak brak dostępu do internetu na terenach wiejskich. Z jednej

strony 61,2 proc. to nadal większość, ale z drugiej – jeśli nic się nie zmieni, to w obecnym tempie dojście do 100 proc. może zająć kilka dobrych lat. Pomysłów, jak dokończyć ten jeden z najważniejszych projektów cyfryzacji – bo od niego przecież zależy dostęp do pełnej dokumentacji medycznej i korzyści z tym związane – było dużo.

Po drodze pojawiło się kilka programów dofinansowania, w ramach których można było kupić system i sprzęt. Ministerstwo Zdrowia w poprzedniej kadencji parlamentu wprowadziło rządowy program gabinetowy, który okazał się zupełną kląpą. Dzisiaj mało kto z niego korzysta, a ci, którzy to robią, narzekają na toporną obsługę i niską funkcjonalność. Zresztą wchodzenie państwa w buty dostawców IT może budzić wiele innych wątpliwości, jak np. te o kontrolę danych. Był też pomysł, aby z NFZ rozliczać się na podstawie indeksowanych zdarzeń medycznych do P1, a nie raportów, jak teraz. Jednak z tego politycznie ryzykownego kroku szybko zrezygnowano.

Placówki medyczne podzieliły się na dwie frakcje. Te, które już wdrożyły EDM, narzekają, że niepotrzebnie się pośpieszyły i zainwestowały, a i tak nadal nie mają dostępu do pełnych danych. Z kolei te, które nie wdrożyły EDM, argumentują opóźnienie np. brakiem szkoleń, pieniędzy albo odpowiednich systemów. Prawda leży jak zawsze gdzieś pośrodku, opóźnienia wynikają z niuansów działalności placówek medycznych i dlatego szybkie zakończenie wdrażania EDM na razie jest poza zasięgiem, o ile nie będzie centralnego pomysłu, jak to zrobić.

KORZYŚCI Z EDM DOPIERO PRZY 100 PROC.

Można też przyjąć podejście „szklanki do połowy pełnej”. Na tle Europy wypadamy całkiem dobrze, bo udało się nam płynnie wdrożyć e-receptę, e-skierowanie, e-zwolnienie lekarskie, a pacjenci mają dostęp do swoich danych i wielu e-usług na Internetowym Koncie Pacjenta. Nie ma się czego wstydić.

Z cytowanego badania CeZ wynika, że raportowanie zdarzeń medycznych, zgodnie z przepisami ustawy z 28 kwietnia 2011 r., wdrożono w większości

badanych placówek, bo w 85,4 proc. W stosunku do 2023 r. to wzrost aż o 31 pkt proc. Indeksowanie do P1 wprowadziła zdecydowana większość szpitali (84,4 proc.). EDM w zakresie informacji przekazywanych lekarzowi kierującemu pacjenta do poradni specjalistycznej lub leczenia szpitalnego prowadzi 83,2 proc. szpitali.

Jeszcze w 2023 r. dokumentacja medyczna była udostępniana pacjentom w 65 proc. przypadków przez wydruk. Rok później odsetek ten spadł do 41,8 proc. Można szybko zbić optymizm, powołując się na jeszcze inną z danych: tylko co piąty badany podmiot prowadzi wymianę EDM z innymi podmiotami, wykorzystując do tego System e-Zdrowie (P1). Inaczej mówiąc – to, o co chodziło we wdrożeniu EDM, nadal nie działa. Lekarze nadal nie mają dostępu do danych z innych placówek, a nawet jeśli mają, to czasami spływają one z dużym, bo dwutygodniowym, opóźnieniem do systemu.

Jest jeszcze jeden detal, który będzie powracał w dyskusji dotyczącej wymiany danych w formie elektronicznej. Tak naprawdę nie ma znaczenia, czy lekarz widzi 20 proc., 50 proc., czy 80 proc. danych wprowadzonych w innych placówkach zdrowia. Dopóki nie widzi 100 proc. danych, nie może podjąć w 100 proc. opartej na faktach decyzji. W praktyce oznacza to, że będzie musiał i tak zlecić dodatkowe badanie, gdy brakuje 1 proc. danych – być może tego 1 proc. decydującego o diagnozie. I w tym tkwi największy problem – korzyści z EDM będą wyraźnie odczuwalne dopiero wtedy, gdy wszystkie placówki ją wprowadzą, niezależnie od wielkości czy formy działalności (publiczne, prywatne). Każda wizyta pacjenta u lekarza specjalisty, w laboratorium albo na prywatnej konsultacji generuje dane – cyfrowy ślad – i każda z tych danych może mieć kluczowe znaczenie w diagnozie albo wyznaczeniu ścieżki terapeutycznej.

Tych danych będzie dużo i oczywiście żaden lekarz nie ma czasu, aby zapoznać się ze wszystkimi. Ale nie ma to większego znaczenia, bo są one standardyzowane, a więc będą mogły być zestawiane i podsumowywane albo przetwarzane przez sztuczną intelligen-

cję. Zresztą AI to kolejny argument za EDM. Przy okazji warto wspomnieć, że z rozwiązań AI – według danych CeZ – na razie korzysta tylko 4,7 proc. placówek. Algorytmy AI potrafią przeczesywać ogromne ilości danych i przedstawiać je lekarzowi w czytelnej formie na jednym ekranie. Lada moment do systemów gabinetowych zaczną wchodzić systemy wspomagające podejmowanie decyzji klinicznych, a szpitale otrzymają dostęp do AI na Platformie Usług Inteligentnych, wdrażanej przez CeZ. Dokładność działania każdego algorytmu zależy od jakości i ilości danych.

W TEORII WSZYSTKO WYGLĄDA DOBRZE

W ankiecie CeZ dobre informacje miesza się ze złymi. 86 proc. placówek deklaruje, że ma wystarczająco dużo stanowisk komputerowych do wdrożenia EDM, w tym 87,9 proc. jest podłączonych do sieci – a więc gotowych na uruchomienie EDM. Dane uzyskane z ankiety Centrum e-Zdrowia, którą wypełniło 11 185 podmiotów, są deklaratywne, ale mimo to reprezentatywne. Oznacza to, że w praktyce placówki są już w blokach startowych, by wdrożyć EDM. Ale tylko co trzecia badana placówka dysponuje budżetem lub ma takowy zapla-

nowany na utrzymanie i rozwój systemu gabinetowego umożliwiającego realizację obowiązków związanych z informatyzacją, w tym prowadzenie, wymianę EDM i raportowanie zdarzeń medycznych. Dostęp do szerokopasmowego internetu posiadają prawie wszystkie szpitale (96,6 proc.), ale już tylko 62,3 proc. podmiotów ambulatoryjnej ochrony zdrowia. Ponad połowa placówek zgłasza potrzeby związane z cyberbezpieczeństwem, ale większość z nich (84,8 proc.) musi finansować ochronę danych z własnych środków.

I na koniec to, co hamuje cyfryzację. Na pierwszym miejscu, według ankiety CeZ, są to niewystarczające środki finansowe na inwestycje IT (przysługujące 82,1 proc. odpowiedzi), niskie kompetencje cyfrowe pracowników (47,4 proc.), opór ze strony personelu medycznego (35,2 proc.) oraz obawy związane z bezpieczeństwem IT i ochroną danych (30,3 proc.). Wiemy więc dokładnie, w czym tkwi problem. Teraz należy tylko na tej podstawie zaplanować strategię dokończenia wdrażania EDM. Tak aby po wielkim sukcesie e-recepty można było świętować jej całkowite wprowadzenie w życie. To będzie ogromna zmiana na lepsze dla pracowników zdrowia, pacjentów i całego systemu. ●



fot. licencja OIL w Warszawie

Niebieska karta w ochronie zdrowia?



MAŁGORZATA SOLECKA
dziennikarka

Zabójstwo lekarza w krakowskim szpitalu uniwersyteckim 29 kwietnia jest zdarzeniem, obok którego nie sposób przejść obojętnie. Każde też postawić pytanie, a w zasadzie wiele pytań, dokąd zmierza ochrona zdrowia nie tyle jako system, co konglomerat relacji międzyludzkich, z kluczową relacją lekarz–pacjent.

Prezes Naczelnej Rady Lekarskiej kilka godzin po tragedii mówił w mediach, że *relacja pacjent–lekarz runęła w gruzach*. To ocena jednocześnie nacechowana silnymi, zrozumiałymi emocjami, ale też przygnębiająca konstatacja faktu. Lekarze (i inni profesjonaliści medyczni) zastanawiają się i będą zastanawiać, czy im – w miejscu wykonywania pracy i poza nim – nie grozi niebezpieczeństwo ze strony tych, którym niosą pomoc.

Lekarze symbolicznie protestują: 6 maja, tydzień po tragedii i dzień przed pogrzebem zamordowanego Tomasza Soleckiego, stanęli przed szpitalami, oddając hołd ofierze nożownika. 10 maja zorganizowali Marsz Milczenia Medyków przeciw narastającej agresji.

Mają też długą listę postulatów, których wspólnym mianownikiem jest przyspieszenie ścigania sprawców pozwalających sobie na napaść fizyczną lub werbalną na pracowników medycznych w czasie wykonywania obowiązków.

Przykładów tej agresji nie trzeba długo szukać, bo w tygodniu po wydarzeniach w Krakowie nie było dnia, by media nie informowały o atakach na ratowników medycznych, pielęgniarzy, również lekarzy.

Postulaty zostały przedstawione 5 maja minister zdrowia Izabeli Leszczyń. – *Bezpieczeństwo lekarzy to nie przywilej – to fundament sprawnie działającego systemu ochrony zdrowia. Nie możemy tolerować sytuacji, w której osoby ratujące życie same potrzebują ochrony. Zawsze, uderzając w bezpieczeństwo lekarza – uderza się w bezpieczeństwo pacjenta. Liczymy na szybkie i konkretne działania rządu w tym zakresie* – komentował spotkanie prezes NRL Łukasz Jankowski. Na co liczą lekarze? Na liście jest m.in.:

- ściganie groźb karalnych wobec personelu medycznego z urzędu,
- zastrzeżenie danych osobowych lekarzy i innych zawodów medycznych w rejestrach publicznych,

- wprowadzenie nowej kategorii prawnej: zakłócanie porządku publicznego w placówkach medycznych,
- opracowanie ogólnopolskiej procedury zgłaszania agresji i szybkiego reagowania służb,
- stworzenie rejestru agresji w ochronie zdrowia jako narzędzia prewencyjnego.

W sprawie tego ostatniego powstała już zresztą petycja przygotowana przez Fundację Matki Lekarki. Jej autorzy nawiązują do funkcjonującej w Polsce od wielu lat procedury tzw. niebieskiej karty, która zakładana jest sprawcom przemocy domowej. Procedura, po pewnym dostosowaniu, mogłaby być wykorzystywana również w innych obszarach życia społecznego, w tym konkretnym przypadku w ochronie zdrowia. Pacjenta, który dopuścił się aktu agresji (formalnie potwierdzonego, zgłoszonego służbom lub przełożonym), umieszczano by w rejestrze i ta adnotacja byłaby widoczna przy kolejnych kontaktach z ochroną zdrowia. Nie chodzi przy tym o to, jak tłumaczą lekarze, by pacjentowi świadczeń nie udzielać, ale by personel miał świadomość, że człowiek ten ma skłonności do agresji, więc świadczenie powinno być udzielone w specjalnym standardzie (np. w obecności dodatkowego personelu). Taki rejestr wymagałby oczywiście zmian w przepisach, ale już na wstępnym etapie nie brak głosów, że pomysł wart jest przemyślenia. Również dlatego, że sama świadomość możliwości znalezienia się w takim rejestrze czy umieszczenia w nim może działać powściągająco. Zwłaszcza jeśli zastosowano by inne, towarzyszące, środki – choćby takie jak obowiązkowa konsultacja psychologiczna.

Lekarze wskazują jednak również na zupełnie inny ważny problem. Duża część aktów agresji ze strony pacjentów jest związana z wszechobecnym, różnorodnie umotywowanym, hejtem na środowisko lekarskie. Zapanowanie nad tym destrukcyjnym dla wszelkich relacji zjawiskiem jest wyzwaniem bez porównania trudniejszym niż dyscyplinowanie służb mundurowych czy prokuratur, by z całkowitą powagą traktowały zgłaszane im przypadki napaści na medyków.

Informacja o brutalnym morderstwie lekarza Tomasza Soleckiego, ortopedy ze Szpitala Uniwersyteckiego w Krakowie, wstrząsnęła środowiskiem medycznym w całej Polsce. W proteście przeciw aktom przemocy wobec pracowników ochrony zdrowia i jako wyraz żałoby po tragicznej śmierci krakowskiego lekarza zorganizowano ogólnopolską akcję „Medycy przeciw Nienawiści”.



Medycy przeciw nienawiści

Prezydium Okręgowej Rady Lekarskiej w Warszawie wystosowało apel do organów założycielskich i kierownictwa podmiotów leczniczych działających na terenie województwa mazowieckiego, wzywający do pilnego podjęcia działań poprawiających bezpieczeństwo lekarzy i całego personelu medycznego oraz do przeciwdziałania narastającej fali przemocy wobec pracowników ochrony zdrowia.

Brutalne zabójstwo lekarza Tomasza Soleckiego, dokonane podczas udzielania pomocy chorym, to graniczny moment dla całego systemu ochrony zdrowia. Wydarzenie to jest druzgocącym symbolem narastającego zagrożenia, z jakim coraz częściej muszą mierzyć się lekarze i inni pracownicy ochrony zdrowia, czytamy w apelu.

6 maja w ramach Dnia Żałoby i Protestu przeciw Nienawiści w samo połu-

dnie medycy wyszli przed swoje miejsca pracy ze zniczami, by uczcić pamięć zmarłego minutą ciszy i zaprotestować przeciwko narastającej nienawiści wobec pracowników ochrony zdrowia. To pierwsza odsłona akcji „Medycy przeciw Nienawiści”. Pod siedzibą Okręgowej Izby Lekarskiej w Warszawie zapłonęło 100 zniczy, zapalonych m.in. przez prezesa ORL w Warszawie Artura Drobnika oraz członków komitetu organizacyjnego „Medyków przeciw Nienawiści”: wiceprezesa ORL Krzysztofa Hermana oraz sekretarza ORL Jacka Sowińskiego. Znicze pod budynkiem izby ustawili także lekarze seniorzy z Lekarskiego Uniwersytetu Trzeciego Wieku „Nestor” i lekarze stażyści.

10 maja ulicami Warszawy przeszedł natomiast Marsz Milczenia Medyków. Ubrani na czarno przedstawiciele zawodów medycznych z całej Polski ma-

szerovali w milczeniu od Szpitala Klinicznego Dzieciątka Jezus pod siedzibę Ministerstwa Zdrowia, gdzie na ręce minister Izabeli Leszczyny przekazali postulaty na rzecz poprawy bezpieczeństwa w ochronie zdrowia.

– Ich treść obejmuje m.in.: przyznanie renty dla dziecka doktora Soleckiego, wprowadzenie zmian w kluczowych aspektach bezpieczeństwa, co dotyczy personelu medycznego i jego skutecznej ochrony prawnej, zmian proceduralnych i infrastrukturalnych w placówkach medycznych oraz rozszerzenie statusu funkcjonariusza publicznego na wszystkie zawody medyczne – mówił po marszu Krzysztof Herman. – Tragiczna śmierć naszego kolegi wstrząsnęła całym środowiskiem. Nie przejdziemy nad nią obojętnie – dodał.

Pogrzeb Tomasza Soleckiego odbył się 7 maja w Krakowie. Uroczystość miała charakter państwowy. Doktor Solecki został pośmiertnie odznaczony przez prezydenta RP Krzyżem Kawalerskim Orderu Odrodzenia Polski. Wyóżnienie na ręce rodziny lekarza złożył szef Kancelarii Prezydenta RP. Prezydent Krakowa Aleksander Miszański nadał tragicznie zmarłemu lekarzowi odznaczenie *honoris gratia* za szczególne zasługi dla miasta Krakowa, a minister zdrowia odznakę honorową „Za Zasługi dla Ochrony Zdrowia”.



Sytuacja w ochronie zdrowia w Szwajcarii



DOMINIK HÉJJA

politolog
autor książki „Węgry na nowo”

W najnowszym numerze „Pulsu” pozostajemy w kręgu państw niemieckojęzycznych. Po Austrii i Niemczech przyszedł czas na Szwajcarię – kraj położony tuż za zachodnią granicą obu tych państw. Według danych Organizacji Współpracy Gospodarczej i Rozwoju Szwajcaria należy do krajów z najniższym poziomem opodatkowania.

Ubezpieczenie zdrowotne w Szwajcarii jest obowiązkowe, jednak nie istnieje jedna centralna instytucja odpowiedzialna za jego realizację. System opiera się na prywatnych towarzystwach ubezpieczeniowych, w których każdy obywatel wybiera ofertę dla siebie. Podstawą jest ubezpieczenie obowiązkowe (*Grundversicherung*), natomiast dodatkowo – już dobrowolnie – można wykupić ubezpieczenie uzupełniające (*Zusatzversicherung*). Oprócz wyboru zakresu ochrony ubezpieczony określa również wysokość rocznej franczyzy (*Jahresfranchise*), czyli kwoty, którą musi pokryć z własnej kieszeni, zanim ubezpieczenie zacznie obowiązywać. Minimalna franczyza to 300 franków szwajcarskich, maksymalna – 2500 (dla dzieci od 0 do 600 franków). Im wyższa franczyza, tym niższa składka miesięczna – i odwrotnie. Dodatkowo nawet po przekroczeniu franczyzy pacjent nadal ponosi część kosztów

leczenia – zazwyczaj 10 proc. wartości świadczeń, do maksymalnej kwoty 700 franków rocznie (dla dorosłych) lub 350 franków (dla dzieci). Wysokość składki zależy również od kantonu, w którym zawierana jest umowa. Co istotne, wysokość opłat nie jest uzależniona od dochodu ubezpieczonego.

W 2023 r. skumulowane nakłady na ochronę zdrowia w Szwajcarii wyniosły 11,3 proc. PKB, podczas gdy średnia dla państw OECD kształtowała się na poziomie 9,2 proc. Prognozy wskazują, że do 2026 r. udział wydatków zdrowotnych w szwajcarskim PKB wzrośnie do 12,2 proc. Wzrost ten wiąże się m.in. z rosnącą potrzebą finansowania opieki nad osobami powyżej 65. roku życia. System finansowania opieki zdrowotnej w Szwajcarii w dużej mierze opiera się na wkładzie samych mieszkańców. Z danych Szwajcarskiego Urzędu Statystycznego, opublikowanych w 2024 r. (a dotyczących 2021 r.), wynika, że gdy

nakłady na ochronę zdrowia wynosiły 11,8 proc. PKB, aż 58 proc. tej kwoty pochodziło z bezpośrednich wydatków gospodarstw domowych. Udział państwa – zarówno rządu federalnego, jak i kantonów – wynosił wówczas 34 proc. Warto zaznaczyć, że wysokość wsparcia ze strony poszczególnych kantonów może się znacząco różnić.

W Szwajcarii na 1000 mieszkańców przypada 4,45 lekarza (dane z 2021 r.), podczas gdy średnia dla krajów OECD wynosi 3,7. Aż 39,5 proc. lekarzy wykształciło się za granicą – dla porównania w Polsce odsetek ten wynosi jedynie 3,8 proc. Szwajcaria może się również pochwalić najwyższym spośród państw OECD wskaźnikiem liczby pielęgniarek – 18,37 na 1000 mieszkańców. Około jednej trzeciej z nich to tzw. *associate professional nurses*, czyli pielęgniarki pomocnicze, posiadające niższe wykształcenie i wykonujące inne obowiązki niż pielęgniarki dyplomowane.

W strukturze kadry medycznej Szwajcarii największy udział mają specjaliści z krajów Unii Europejskiej, a nie – jak w innych omawianych państwach – osoby spoza Europy. W 2023 r. aż 93 proc. lekarzy i 98 proc. pielęgniarek podejmujących pracę w Szwajcarii pochodziło z państw UE, głównie z Niemiec, Francji i Włoch. W ostatnich latach zauważalny jest również wzrost zatrudnienia personelu z Rumunii. Łącznie około 40 proc. lekarzy pracujących w Szwajcarii posiada inne obywatelstwo. Pomimo wysokiego ogólnego wskaźnika liczby lekarzy kraj ten zmagają się z deficytem lekarzy rodzinnych. W 2023 r. na 1000 mieszkańców przypadał średnio 1 lekarz rodzinny



fol. licencja Oil w Warszawie

w miastach oraz zaledwie 0,4 na obszarach wiejskich. Z kolei dostępność łóżek szpitalnych wynosiła w 2021 r. 4,43 na 1000 mieszkańców, co jest nieco powyżej średniej OECD (4,3), ale poniżej średniej dla Unii Europejskiej (4,8).

Pierwsza organizacja zrzeszająca lekarzy w Szwajcarii powstała już w 1788 r. Była to Helvetische Gesellschaft correspondierender Ärzte und Wundärzte (Szwajcarskie Towarzystwo Lekarzy Chirurgów Korespondujących). W XIX w. zaczęły powstawać kolejne stowarzyszenia, działające na poziomie kantonów oraz regionów językowych. W 1901 r., w wyniku połączenia dwóch organizacji – z części niemieckojęzycznej i włoskojęzycznej – utworzono Foederatio Medicorum Helvetiorum (FMH), czyli Stowarzyszenie Lekarzy Szwajcarskich. Obecnie FMH jest największą organizacją lekarską w kraju, zrzeszającą około 42 000 lekarzy oraz 70 organizacji członkowskich.

Według badania z grudnia 2023 r. zamieszczonego na oficjalnej stronie Rządu Federalnego 63 proc. dorosłych Szwajcarów oceniło jakość opieki zdrowotnej w kraju jako „doskonałą” lub „bardzo dobrą”. Choć to wciąż wysoki wynik, stanowi spadek w porównaniu z 2020 r., gdy odsetek ten wynosił 74 proc. Co interesujące, ponad 60 proc. respondentów opowiada się za zastąpieniem obecnego systemu jednym, państwowym ubezpieczeniem. Podobny odsetek postuluje całkowitą reformę modelu finansowania ochrony zdrowia (dane: Deloitte). Niemal 60 proc. badanych uważa również, że wysokość składki ubezpieczeniowej

powinna być uzależniona od dochodów. Sam system ochrony zdrowia uważany jest za wydajny, świadczenia realizowane są sprawnie i szybko. Mimo to aż 60 proc. respondentów wskazuje na utrudniony dostęp do opieki medycznej w godzinach wieczornych oraz w weekendy. Z raportu OECD wynika, że osoby o najniższych dochodach częściej zgłaszają problemy z dostępnością świadczeń. Mimo to wskaźnik niezaspokojonych potrzeb zdrowotnych – wynikających z ograniczeń finansowych, odległości lub czasu oczekiwania – pozostaje w Szwajcarii jednym z najniższych wśród wszystkich krajów OECD.

Za jedno z największych wyzwań dla systemu ochrony zdrowia w Szwajcarii uznaje się rosnący odsetek osób powyżej 65. roku życia. W 2023 r., według danych OECD, wynosił on 19,2 proc. i jest niższy niż w Unii Europejskiej, gdzie wskaźnik ten osiągnął 21,3 proc. Jednocześnie Szwajcaria charakteryzuje się jedną z najwyższych przewidywanych długości życia na świecie, wynoszącą 84,2 roku.

Chociaż wybory parlamentarne w Szwajcarii odbędą się dopiero jesienią 2027 r., to rodzaj obywatelskiej kampanii wyborczej toczy się nieustannie, a to z uwagi na największą w Europie liczbę organizowanych referendów. Stąd też mówi się o Szwajcarii jako europejskiej kolebce demokracji bezpośredniej. Rok temu, w czerwcu, Szwajcarzy głosowali nad dwiema propozycjami dotyczącymi rozwiązania problemów finansowania ochrony zdrowia. Socjaldemokratyczna Partia Szwajcarii (największe ugrupowanie opozycyjne) zaproponowała, by

zdecydowanie większy ciężar utrzymywania ochrony zdrowia ponosiło państwo i kantony. Składki na ubezpieczenie zdrowotne miały nie przekroczyć 10 proc. rozporządzalnego dochodu gospodarstwa domowego. Powyżej tej wartości państwo miało refundować część kosztów. Rząd twierdził, że realizacja tego postulatu wyniesie od 3,5 do 5 mld franków szwajcarskich. Ponad połowa (56 proc.) Szwajcarów odrzuciła propozycję. Podobnie przepadła (65 proc. przeciwko) inicjatywa czwartej siły w Radzie Narodowej, której celem było ograniczenie tempa wzrostu kosztów opieki zdrowotnej. Ugrupowanie chciało powiązać maksymalny wzrost kosztów opieki zdrowotnej ze wskaźnikiem wzrostu gospodarki i wynagrodzeń. Jeżeli koszty ponoszone na ochronę zdrowia przekroczyłyby o 20 proc. wskaźnik wzrostu wynagrodzeń w danym roku, interweniować miało państwo (nie wskazano, w jaki sposób). Jak uzasadniano, w ciągu ostatnich dwóch lat składki na ubezpieczenie zdrowotne wzrosły ponaddwukrotnie. Tylko w 2024 r. składki na opiekę zdrowotną wzrosły średnio o 8,7 proc.

Bezdiskusyjnym jest, że nakłady ponoszone na ochronę zdrowia drenują kieszeń szwajcarskich gospodarstw domowych. W maju ubiegłego roku, kilka dni przed referendum, redakcja portalu Swissinfo przeprowadziła debatę z przedstawicielami różnych stronnictw politycznych, której puenta brzmiała: *Szwajcarcy politycy są zgodni, że system opieki zdrowotnej musi się zmienić*. Problem jednak w tym, że nie ma zgody co do tego, jak to zrobić. ●

Dyżury lekarzy w polskim systemie prawnym



PRZEMYSŁAW RAWA-KŁOCZEK
adwokat

W ramach programu Lex Doctor, oferującego pomoc prawną lekarzom, często otrzymujemy pytania dotyczące dyżurów – ich czasu trwania, rodzaju, zasad planowania, ale też sytuacji szczególnych, jak ciąża czy urlop wychowawczy. Poniżej przedstawiamy najważniejsze regulacje dotyczące dyżurów lekarskich w Polsce.

Dyżury stanowią istotny element organizacji pracy w systemie ochrony zdrowia – zwłaszcza w szpitalach, izbach przyjęć, klinikach i innych placówkach medycznych. Zgodnie z regulacjami prawnymi lekarze mają obowiązek pełnienia dyżurów w ramach swojej pracy zawodowej. Obowiązek ten wynika zarówno z przepisów Kodeksu pracy, jak i ustawy o działalności leczniczej oraz ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty. Celem dyżurów jest zapewnienie ciągłości i dostępności opieki medycznej – szczególnie w trybie całodobowym.

RODZAJE DYŻURÓW LEKARSKICH

W polskim systemie ochrony zdrowia wyróżniamy dwa podstawowe rodzaje dyżurów lekarzy:

Dyżur stacjonarny – lekarz przebywa fizycznie w placówce, pozostając w gotowości do udzielania pomocy pacjentom w razie potrzeby. Nie wykonuje w tym czasie żadnych innych czynności zawodowych.

Dyżur zdalny lub telefoniczny – lekarz nie jest obecny na miejscu, ale jest zobowiązany do pozostawiania w gotowości do udzielenia porady telefonicznej

lub zdalnej oraz szybkiej reakcji w razie wezwania.

Dyżury lekarskie różnią się też w zależności od typu placówki medycznej oraz zakresu świadczonej opieki.

Dyżur szpitalny – obejmuje opiekę nad pacjentami hospitalizowanymi i przyjmowanie przypadków nagłych.

Dyżur w izbie przyjęć – lekarze zajmują się pacjentami niewymagającymi hospitalizacji, ale potrzebującymi natychmiastowej pomocy medycznej.

Dyżur w pogotowiu ratunkowym – lekarze Służby Ratownictwa Medycznego zajmują się pacjentami, którzy wymagają natychmiastowej pomocy w sytuacjach zagrożenia życia.

Dyżur w nocnej i świątecznej opiece zdrowotnej (POZ) – dla pacjentów wymagających pilnej porady poza godzinami pracy poradni.

Dyżur w poradniach specjalistycznych – czasami w większych placówkach medycznych odbywają się dyżury lekarzy specjalistów również po godzinach pracy przychodni.

Dyżur ambulatoryjny – w niektórych miejscach lekarze pełnią dyżur w ramach ambulatoryjnej opieki zdrowotnej, oferując pomoc pacjentom, którzy wymagają pilnej konsultacji, ale nie muszą trafiać do szpitala.

DYŻUR A CZAS PRACY I WYNAGRODZENIE

Dyżury lekarza wliczają się do czasu pracy, który standardowo, przy pięciodniowym tygodniu pracy, nie powinien przekraczać 7 godz. i 35 min dziennie (średnio 37 godz. i 55 min tygodniowo). Tylko w uzasadnionych przypadkach, np. w systemie zmianowym, czas pracy może być wydłużony do 12 godz. na dobę.

Jeśli zatem dyżur przekracza normy czasu pracy, lekarzowi przysługuje dodatkowe wynagrodzenie – zgodnie z zasadami dotyczącymi nadgodzin – w wysokości 100 lub 50 proc. wynagrodzenia zasadniczego (w zależności od dnia i pory dyżuru).

ORGANIZACJA DYŻURÓW

Zasady planowania i prowadzenia ewidencji dyżurów określa ustawa o działalności leczniczej. Lekarze zatrudnieni w podmiotach udzielających całodobowej opieki stacjonarnej mogą być zo-



- w przypadku lekarki w ciąży – bez jej zgody nie może zostać skierowana do pracy w porze nocnej.

DYŻURY A CIĄŻA

Obowiązek pełnienia dyżurów przez lekarkę w ciąży zależy od kilku czynników, w tym od stanu zdrowia kobiety oraz zaleceń jej lekarza prowadzącego ciążę. Ciężarna ma prawo zmiany zakresu pracy, w tym dostosowania

bowiązani do pełnienia dyżurów również ponad tygodniowy limit 37 godz. i 55 min – jeśli jest to zgodne z przepisami dotyczącymi pracy ponadnormalatywnej. Ustawa o zawodach lekarza i lekarza dentysty traktuje dyżur jako element obowiązków zawodowych, wiążących się z odpowiedzialnością za zdrowie i życie pacjentów – także w czasie pełnienia dyżuru.

Lekarze odbywający szkolenie specjalizacyjne pełnią dyżury zgodnie z programem specjalizacji i obowiązującymi limitami czasu pracy. W okresie stażu podstawowego dyżury odbywają się pod nadzorem lekarzy posiadających odpowiednie kwalifikacje (tzw. dyżury towarzyszące). Dyżury samodzielne są możliwe po uzyskaniu zgody kierownika specjalizacji lub na zasadach określonych ustawowo.

KIEDY LEKARZ NIE MOŻE PEŁNIĆ DYŻURU?

Ograniczenia dotyczące możliwości pełnienia dyżuru przez lekarza wynikają z przepisów prawa pracy oraz ochrony zdrowia pracowników. Dyżuru nie może pełnić lekarz, który:

- przebywa w tym czasie na zwolnieniu lekarskim, urlopie wypoczynkowym, szkoleniowym, macierzyńskim, rodzicielskim, ojcowskim lub wychowawczym;
- nie podpisał klauzuli *opt-out* (czyli nie wyraził zgody na pracę powyżej 48 godz. tygodniowo);
- posiada orzeczony stopień niepełnosprawności i ma przeciwwskazania zdrowotne;
- jest przemęczony, w stanie uniemożliwiającym bezpieczne pełnienie obowiązków;

grafiku swoich dyżurów. Może zrezygnować z nocnych dyżurów lub – w razie wskazań medycznych – ograniczyć godziny pracy albo zostać całkowicie zwolniona z obowiązku pracy. W przypadku specjalności związanych z wysokim stresem lub ryzykiem (chirurgia, intensywna terapia) kobieta ciężarna może zostać czasowo przeniesiona do innych zadań.

Prawo chroni kobietę w ciąży przed zwolnieniem oraz przewiduje szereg uprawnień związanych z jej stanem zdrowia i bezpieczeństwem dziecka – m.in. prawo do urlopu macierzyńskiego oraz możliwość zmiany warunków zatrudnienia. Każdy przypadek może być inny, dlatego warto skonsultować się z lekarzem oraz pracodawcą w celu ustalenia najbardziej odpowiedniego grafiku pracy i dyżurów. ●



Pomoc prawna dla lekarza – Lex Doctor

Bezpłatne wsparcie prawne w sprawach związanych z wykonywaniem zawodu lekarza i lekarza dentysty



poniedziałek–piątek: 9.00–17.00
lexdoctor@oilwaw.org.pl | 728 988 518



lub poprzez
formularz
zgłoszeniowy



Prawne gwarancje bezpieczeństwa lekarzy



FILIP NIEMCZYK
adwokat

Wydarzenia, jakie w ostatnich tygodniach miały miejsce w szpitalach w Oleśnicy, Krakowie czy Pruszkowie, nakazują przypomnieć podstawowe regulacje dotyczące bezpieczeństwa lekarza, a także zapytać o faktyczną możliwość ich realizacji.

Zawód lekarza jest zaliczany do kategorii zawodów zaufania publicznego w rozumieniu art. 17 ust. 1 Konstytucji RP. Celem działalności lekarza jest ochrona podstawowych wartości, jakimi są życie i zdrowie jednostki oraz zdrowie publiczne. Osoby wykonujące zawody medyczne, w tym zawód lekarza, mają zatem prawo wymagać, by państwo zapewniało im odpowiednią ochronę prawną, w tym w wymiarze prawa karnego. Musi to być przy tym ochrona idąca dalej aniżeli ta przysługująca każdej innej osobie pokrzywdzonej przestępstwem, w szczególności ze względu na to, że te, które najczęściej dotyczą lekarzy, takie jak znieważenie (art. 216 k.k.)

czy naruszenie nietykalności cielesnej (art. 217 k.k.), ścigane są z oskarżenia prywatnego. W pełni uzasadnia to objęcie lekarzy ochroną szczególną, jaka przysługuje funkcjonariuszom publicznym.

Ochronę lekarza jako funkcjonariusza publicznego przewiduje kilka aktów prawnych. Zgodnie z art. 15a ustawy o działalności leczniczej* z takiej ochrony prawnej korzysta osoba wykonująca zawód medyczny i udzielająca świadczeń zdrowotnych poza zakładem leczniczym. Art. 44 ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentystry* stanowi, że lekarzowi, który wykonuje czynności w ramach świadczeń pomocy doraźnej lub wykonuje zawód w podmiocie wykonującym działalność leczniczą, który zawarł umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, w związku z udzielaniem świadczeń zdrowotnych w tym podmiocie przysługuje ochrona prawna należąca funkcjonariuszowi publicznemu. Zgodnie z art. 5 ust. 1 ustawy o Państwowym Ratownictwie Medycznym* z ochrony takiej korzystają osoby udzielające pierwszej pomocy, osoby wchodzące w skład zespołu ratownictwa medycznego czy osoby udzielające świadczeń zdrowotnych w szpitalnym oddziale ratunkowym.

Naruszenie nietykalności cielesnej, czynna napaść, znieważenie, wymuszenie przedsięwzięcia lub zaniechania czynności służbowej funkcjonariusza

publicznego są przestępstwami ściganymi z oskarżenia publicznego, zagrożonymi karą pozbawienia wolności, w tym w sytuacji, jeżeli w wyniku czynnej napaści nastąpił skutek w postaci ciężkiego uszczerbku na zdrowiu funkcjonariusza publicznego, nawet do 15 lat*.

Ochrona prawnokarna i surowe kary, jakie grożą sprawcom przemocy wobec lekarzy, nie są wystarczające dla zapewnienia pełnego bezpieczeństwa przy wykonywaniu zawodu. Stworzenie takich warunków pracy wymaga środków pieniężnych i nakładów organizacyjnych, których niestety w ochronie zdrowia permanentnie brakuje. Tymczasem bezpieczeństwo faktyczne i prawne osób wykonujących zawody medyczne jest nie tylko koniecznością wobec osób pracujących w ochronie zdrowia, ale także kluczem do zwiększenia bezpieczeństwa pacjentów.

RZECZNIK PRAW OBYWATELSKICH W SPRAWIE MONITORINGU W GABINETACH LEKARSKICH

Rzecznik zwrócił się do ministra zdrowia z pismem* dotyczącym stosowania monitoringu w podmiotach wykonujących działalność leczniczą, tak aby zapewnić pacjentom bezpieczeństwo oraz poszanowanie ich praw obywatelskich. Zgodnie bowiem z art. 23a ustawy o działalności leczniczej* decyzję o monitoringu w miejscu udzielania świadczeń zdrowotnych podejmuje kierownik podmiotu leczniczego, który może określić w regulaminie sposób obserwacji pomieszczeń, w których są udzielane świadczenia, jeżeli jest to konieczne w procesie leczenia pacjentów lub do zapewnienia im bezpieczeństwa. Monitoring może być wykonywany za pomocą urządzeń umożliwiających rejestrację obrazu, uwzględniając konieczność poszanowania intymności i godności pacjenta. Jednocześnie to kierownik podmiotu wykonującego działalność leczniczą odpowiada za wykorzystywanie monitoringu zgodnie z przepisami prawa.

Rzecznik podniósł, że wspomniany art. 23a ma charakter lakoniczny i stwarza przestrzeń dla nadinterpretacji, co rodzi ryzyko nadużyć. Określenie przesłanek monitoringu w miejscu udzielania



nia świadczeń zdrowotnych powinno – zdaniem rzecznika – znaleźć swój wyraz w przepisach rangi ustawowej. Ustawodawca tymczasem nie wprowadził żadnych mechanizmów gwarancyjnych dla objętych monitoringiem, zwłaszcza dla pacjentów, choćby w tak podstawowym zakresie jak informowanie ich o monitoringu. Omawiana regulacja dotyczy także pracowników podmiotów leczniczych. Monitoring stosowany przez pracodawcę powinien służyć zapewnieniu bezpieczeństwa pracowników, ochronie mienia, kontroli produkcji oraz zachowaniu tajemnicy informacji, których ujawnienie mogłoby zaszkodzić pracodawcy.

Rzecznik zwrócił się w związku z tym do ministra zdrowia o podjęcie działań legislacyjnych wychodzących na przeciw niedostatkom legislacyjnym poprzez ustawowe wskazanie jasnych

i precyzyjnych przesłanek, w jakich możliwe jest zastosowanie monitoringu.

RZECZNIK PRAW PACJENTA WYPŁACIŁ REKORDOWE ODSZKODOWANIE

Rzecznik praw pacjenta poinformował* o wypłacie najwyższego dotychczas przyznanego świadczenia z Funduszu Kompensacyjnego Zdarzeń Medycznych w wysokości 202 971 złotych. Podstawą decyzji był przypadek pacjenta, u którego wskutek nieprawidłowego postępowania diagnostycznego opóźniono rozpoznanie guza krtani o ponad 15 miesięcy. W czasie leczenia operacyjnego przerostu migdałka gardłowego i przegrody nosowej operator nie wykonał dokładnej oceny krtani. Opóźnienie w wykryciu nowotworu spowodowało konieczność całkowitego usu-

nięcia tego narządu, a w konsekwencji całkowitą utratę mowy.

Przy okazji publikacji komunikatu rzecznik przedstawił dane, z których wynika, że od początku funkcjonowania Funduszu, tj. od września 2023 r., przyznano już ponad 19 milionów złotych dla 318 osób. Średnia wysokość przyznanych świadczeń wyniosła około 61 tysięcy złotych. Najwięcej spraw, które wpłynęły do rzecznika, najczęściej dotyczyło oddziałów ortopedycznych, chirurgii ogólnej, szpitalnych oddziałów ratunkowych oraz położniczo-ginekologicznych i chorób wewnętrznych.

ZAKAZ REKLAMY PRODUKTÓW ROŚLINNYCH JAKO PROZDROWOTNYCH

Trybunał Sprawiedliwości Unii Europejskiej poinformował o wydaniu wyroku w sprawie* dotyczącej reklamowania produktów roślinnych jako mających działanie prozdrowotne. Niemieckie przedsiębiorstwo oferowało do sprzedaży suplement żywnościowy zawierający wyciągi z szafranu i soku z melona. W reklamie wskazało, że substancje te poprawiają nastrój człowieka, zmniejszają uczucie stresu i wyczerpania. Trybunał wskazał, że zgodnie z prawem unijnym stosowanie oświadczeń zdrowotnych w reklamie żywności i suplementów żywnościowych jest co do zasady zabronione. Substancje pochodzenia botanicznego nie stanowią wyjątku od powyższej reguły i nie są objęte zezwoleniem na reklamowanie ich jako służących poprawie zdrowia.



* Źródła podane są na stronie internetowej „Pulsu”



Polubowne rozstrzyganie sporów z pacjentami



Biuro Mediatora

Spotkania stacjonarne z mediatorem odbywają się **w środy i piątki** w godzinach **10.00–16.00** – wyłącznie po wcześniejszym umówieniu telefonicznym.



Tel.: **22 542 53 29/25**
Tel.: **500 127 405**



E-mail: **mediator@oilwaw.org.pl**

Podejmowanie decyzji

Profesjonalne organizacje wykorzystują badania jako podstawę podejmowania decyzji strategicznych związanych z ich rozwojem. O idei badań prowadzonych przez utworzony przy warszawskiej Okręgowej Izbie Lekarskiej Ośrodek Strategii i Analiz rozmawiam z jego dyrektorem, **Arturem Białoszewskim**.

rozmawiała **ALEKSANDRA SOKALSKA**



fot. Marcin Szumowski

Dlaczego w strategii prezesa ORL Artura Drobniaka pośród 10 najważniejszych postulatów znalazło się stworzenie Ośrodka Strategii i Analiz?

Idea ta wywodzi się z Naczelnej Izby Lekarskiej, gdzie pod kierownictwem Artura Drobniaka działa Centralny

Ośrodek Badań, Innowacji i Kształcenia. Prowadzone tam badania służą podejmowaniu decyzji na podstawie rzetelnych danych i profesjonalnych analiz strategicznych.

Żyjemy w bańkach informacyjnych, wiedzę czerpiąc ze swojego najbliższego otoczenia. Podejmując decyzje, zwy-

kle opieramy się tylko na niej i działamy trochę intuicyjnie. Wówczas możemy popełnić wiele błędów poznawczych. Wśród nich można wyróżnić błąd indywidualizmu, czyli ekstrapolowania osobistych doświadczeń na całą grupę, oraz błąd ekologiczny, czyli nieuzasadnione przełożenie danych ogólnych na sytuacje indywidualne.

Tymczasem w podejmowaniu dobrych decyzji niezwykle ważny jest szerszy kontekst, biorący pod uwagę wszystkich, których te decyzje dotyczą, czyli w przypadku OIL w Warszawie – wszystkich jej członków. Dlatego właśnie stworzono we wrześniu zeszłego roku Ośrodek Strategii i Analiz.

Jakimi obszarami zajmuje się OSA?

Ośrodek dostarcza rzetelnych, opartych na faktach informacji, niezbędnych do efektywnego zarządzania izbą. Jednym z głównych obszarów działalności OSA jest zdobycie i analiza opinii oraz postaw członków samorządu. Doskonałym przykładem jest czerwcowe badanie, do którego zapraszamy wszystkich członków OIL w Warszawie. Jego celem jest zidentyfikowanie realnych potrzeb i oczekiwań środowiska lekarskiego w naszym regionie. Po raz pierwszy w historii izby przeprowadzamy tak szerokie badanie, które pozwoli nam lepiej zrozumieć, jakich działań oczekują lekarze i lekarze dentyści, w którym kierunku powinien rozwijać się samorząd oraz jakie obawy towarzyszą naszym członkom.

Drugim obszarem, w jakim działa OSA, są analizy systemowe i wiarygodne opracowanie badań. Tu z kolei dobrym przykładem jest nasza analiza miejsc stażowych dla przyszłych pokoleń lekarzy i prognoza liczby stażystów na lata 2025–2030. Wykonaliśmy szczegółową estymację, w której uwzględniono dane historyczne od 2017 do 2024 roku. Przeanalizowano rozkład ponad 70 tys. miejsc stażo-

na podstawie danych

wych na kierunku lekarskim oraz blisko 10 tys. miejsc na kierunku lekarsko-dentystycznym. Analiza objęła dane dotyczące ponad 5 tys. osób po kierunku lekarskim i ponad 1,3 tys. po kierunku lekarsko-dentystycznym. Wyniki pokazały, że bez odpowiednich działań już za kilka lat może dojść do poważnego deficytu miejsc stażowych. Dlatego jednym z zadań samorządu w najbliższym czasie jest poszerzenie bazy stażowej. Już wkrótce będziemy też analizować, jakie miejsca są najczęściej wybierane przez lekarzy stażystów, które cieszą się najmniejszą popularnością, z jakich miejsc stażyści się wypisują, a do których przenoszą. Na podstawie tych danych izba stworzy kompleksową strategię działania.

Dodatkowo aktywnie współpracujemy z innymi jednostkami OIL, np. z Ośrodkiem Doskonalenia Zawodowego w zakresie oceny jakości szkoleń oraz z Klubem Lekarza Przedsiębiorcy, analizując potrzeby jego członków. Wspomagaliśmy także Ogólnopolski Związek Zawodowy Lekarzy (OZZL) Mazowsze w realizacji badania dotyczącego mobbingu, dostarczając istotnych danych analitycznych.

Ośrodek działa tylko na zlecenie czy czasem sam jest inicjatorem badań?

Działamy zarówno na podstawie zleceń organów samorządowych, jak i sami inicjujemy działania tam, gdzie widzimy potencjalne problemy lub szanse. Dobrym przykładem jest publiczna debata „Senior 2030: zdrowie, bezpieczeństwo, szacunek”, zorganizowana przez OIL w Warszawie w Szkole Głównej Handlowej. Do udziału zaproszeni zostali wszyscy kandydaci na prezydenta RP. Mieli przedstawić swoje wizje polityki senioralnej. OSA była inicjatorem i wykonawcą szczegółowego formularza dla kandydatów. Zawierał on najważniejsze obszary i pytania zidentyfikowane wraz

z Lekarskim Uniwersytetem Trzeciego Wieku „Nestor” działającym przy OIL w Warszawie oraz z innymi członkami samorządu.

Ośrodek Badań i Analiz ogranicza się tylko do badań i opracowania wyników czy przedstawia także rekomendacje?

Zawsze wynikiem badania jest rekomendacja działań. Używając języka lekarskiego, diagnozujemy problem i proponujemy wdrożenie konkretnego leczenia. Zresztą rekomendacje mają na celu nie tylko zmniejszenie ryzyka czy zażegnanie problemu, ale też wykorzystanie pojawiającej się szansy, bo wyniki badań pokazują równie często nowe możliwości. W swojej działalności kreujemy rzeczywistość, a nie tylko ją komentujemy.

Czy taka kreacja ma wpływ na organy państwowe i decyzje, które podejmują?

Fakt, że nasza izba jest największa w kraju i zrzesza większą liczbę lekarzy niż średnia w Unii Europejskiej, a także to, że warszawska OIL z racji położenia jest bliżej parlamentu, Ministerstwa Zdrowia i centrali Narodowego Funduszu Zdrowia, stawia nas w uprzywilejowanej pozycji względem innych izb. To nasza szansa, bo mamy większą reprezentatywność i poważniejsze możliwości wpływu. Analizy i wyniki badań OSA trafiają więc do decydentów i jesteśmy przekonani, że będą miały istotne znaczenie nie tylko dla samorządu, ale i dla całego systemu w kraju.

Oprócz tego uzyskaną dzięki wynikom badań wiedzę staramy się rozpowszechniać w mediach, choć zapewne ciężko jest ocenić, na ile skuteczne jest takie działanie, bo jest ono *stricte* edukacyjne, a jego efekty są oddalone w czasie.

Wróćmy jeszcze na chwilę do czerwcowego badania członków

OIL. W jakiej formie zostanie przeprowadzone? Pytam w kontekście wykluczenia cyfrowego seniorów.

Badanie rzeczywiście będzie miało formę ankiety elektronicznej dystrybuowanej poprzez link w newsletterze. Informacja o nim wraz z kodem QR odsyłającym do ankiety znajdzie się także w magazynie „Puls”.

Odpowiadając jednak na potrzeby lekarzy seniorów, zakładamy oddzielne przebadanie ich reprezentatywnej grupy metodą CATI, czyli przeprowadzimy z lekarzami seniorami wywiady telefoniczne. Chcemy w ten sposób wyznaczyć kluczowe obszary, w których izba jest w stanie im pomóc.

A czego będzie dotyczyć elektroniczna ankieta?

Kluczowych zagadnień działalności izby. Oprócz tego każdy uczestnik badania w komentarzach otwartych będzie mógł się wypowiedzieć, co warto w ramach samorządu jeszcze zrobić, czego brakuje, na co izba powinna stawiać. Ważne jest, by jak najwięcej osób wzięło udział w badaniu. A nie jest ono czasochłonne, trwa ok. pięciu-siedmiu minut.

Mamy nadzieję, że otwarte odpowiedzi będą zawierały propozycje konkretnych działań, choć jesteśmy też gotowi na konstruktywną krytykę, która oczywiście jest także źródłem cennej wiedzy, co można poprawić w funkcjonowaniu izby. Dzięki temu jej organy są w stanie budować samorząd, który odzwierciedla potrzeby członków, a oni sami w ten sposób mają na niego wpływ.

Kiedy poznamy wyniki?

Badanie potrwa od czerwca do połowy sierpnia, a pełny raport wraz z rekomendacjami zostanie przygotowany jesienią. Wyniki przedstawimy na łamach „Pulsu”, umożliwiając w ten sposób wszystkim członkom izby dostęp do strategii, która zostanie na ich podstawie opracowana. ●

Przychodzi lekarz do rzecznika odpowiedzialności zawodowej



HANNA ODZIEMSKA

lekarz, publicysta, zastępca rzecznika odpowiedzialności zawodowej OIL w Warszawie

Tytuł mógłby sugerować, że opowiem jakąś anegdotę, ale niestety nie ma nic zabawnego w postępowaniu przed okręgowym rzecznikiem odpowiedzialności zawodowej. Zwykle bywa nerwowo i uciążliwie dla obu stron.

Przesłuchanie lekarza u rzecznika, najczęściej reprezentowanego przez zastępcę, jest stresogenne nie tylko dla przesłuchiwanego lekarza. Jako zastępca OROZ nieraz słyszę od lekarzy, że *nie mogli spać* przed przesłuchaniem, więc empatycznie odczuwam dyskomfort, że ja spałam dobrze. Czasem widzę, jak wchodzą ze strachem w oczach lub drżą im ręce, przez co empatycznie wytwarza się u mnie napięcie i nadludzki wysiłek zachowuję *poker face*, procedury oraz bezstronność. Pamiętam też inne sytuacje, w których lekarze jeszcze przed rozpoczęciem przesłuchania nazywali mnie *panią prokurator* i oskarżali, że *chcę ich zniszczyć*, nie pozwalając spokojnie wytłumaczyć, że nie jestem prokuratorem i nie zamierzam nikogo niszczyć, a to, co ro-

bię, wynika z roli, jaką pełnię. Strach i percepcja nigdy nie będą parą, to pewne. Dlatego, korzystając z mojego doświadczenia, postanowiłam napisać krótki przewodnik – instrukcję obsługi dla lekarzy, którzy uczestniczą w postępowaniu przed rzecznikiem odpowiedzialności zawodowej.

Działalność rzecznika reguluje rozdział 5 ustawy z 2 grudnia 2009 r. o izbach lekarskich. Rzecznik Odpowiedzialności Zawodowej to zespół, który tworzą: rzecznik, jego zastępcy i pracownicy biura rzecznika. Właśnie do biura wpływają skargi pacjentów, zawiadomienia prokuratury lub innych organów i osób, a także wnioski o wszczęcie postępowania w sprawie lekarza. Wszystkim tym dokumentom nadaje się sygnatury i są dekretowane przez rzecznika, a następnie przekazy-



wane przez niego do rozpoznania konkretnym zastępcom.

Pierwsze trzy miesiące od wpływu skargi, zawiadomienia lub wniosku przeznaczamy na czynności sprawdzające, podczas których zastępca ustala, czy są przesłanki do wszczęcia postępowania wyjaśniającego. Na tym etapie skarżony lekarz nie jest wzywany na przesłuchanie. Czasami prosimy go o pisemne zajęcie stanowiska w sprawie, zwykle jednak tylko gromadzimy dokumentację lub przesłuchujemy świadków.

Dopiero na etapie wszczętego postępowania wyjaśniającego lekarz wskazany w skardze, zawiadomieniu lub we wniosku może być wzywany na przesłuchanie do OROZ. Warto się stawić, ponieważ przesłuchanie daje możliwość przedstawienia swojej wersji sytuacji opisanej w skardze oraz do skorzystania z prawa do obrony. Na przesłuchanie należy wziąć dokument ze zdjęciem, ponieważ rzecznik przed przystąpieniem do czynności weryfikuje tożsamość.

Lekarze często na tym etapie postępowania czują się zagrożeni, wnoszą o przeglądanie akt sprawy, ustanawiają pełnomocnika lub obrońcę. Niepotrzebnie, bo nikt nie stawia im jeszcze żadnych zarzutów. Nierzadko wzywany lekarz przychodzi z pełnomocnikiem i od progu wykrzykuje, że będzie rozmawiał tylko w obecności adwokata, albo chce, żeby to adwokat mówił w jego imieniu.



fot. licencja Oll w Warszawie

Znowu niepotrzebnie. Brak jest do tego podstaw prawnych, poza tym to lekarz jest przesłuchiwany i od niego odbiera się zeznanie. Jednocześnie pouczamy go, że ma prawo do odmowy składania wyjaśnień i udzielania odpowiedzi na pytania.

Inną grupą lekarzy stawiającą się na przesłuchanie jest ta bardziej skłonna do współpracy z OROZ, zestresowana, po nieprzespanych nocach i z drżącymi rękami. Też niepotrzebnie. Wiem, że łatwo to mówić, gdy się wie, jak pracuje rzecznik. Większość lekarzy nie ma takiej wiedzy. Żeby to zmienić, powstaje właśnie ten przewodnik.

Lekarz zestresowany, z wysokim poczuciem zagrożenia karą na etapie, na którym do orzeczenia o winie jeszcze droga daleka, to też trudny materiał dla rzecznika. Żeby nie ulegać nieszczej empatii, nie usiąść i nie płakać razem z nim, zwykle proszę o wyciszenie emocji i skupienie się na sprawach merytorycznych. To, co zawsze broni lekarza w postępowaniu, to wykazanie, że diagnozował i leczył wskazanego w skardze pacjenta zgodnie z aktualną wiedzą medyczną, a także postępował zgodnie z Kodeksem Etyki Lekarskiej. Bardzo duże znaczenie dla postępowania ma fakt, że przesłuchiwany lekarz potrafi powołać się na konkretne wytyczne lub literaturę medyczną w odniesieniu do skarżonych kwestii. Jeśli rzecznik po zebraniu materiału dowodowego ma

wątpliwości, czy nastąpiło przewinienie, powołuje biegłego oceniającego merytorycznie postępowanie lekarza w aspekcie skarżonych kwestii. Jeśli rzecznik ma przekonanie o braku przewinienia zawodowego, umarza postępowanie.

Gdy jednak rzecznik uzna, że nastąpiło przewinienie zawodowe, i postawi zarzuty, lekarzowi zmienia się status na obwinionego. Warto wtedy rozważyć złożenie wniosku o mediację. Po przedstawieniu zarzutów rzecznik może skierować sprawę do mediatora, o ile obie strony postępowania są gotowe do mediacji przystąpić oraz są otwarte na kompromisy prowadzące do zawarcia ugody. Jeśli nie ma możliwości mediacji, rzecznik kieruje wniosek o ukaranie do sądu lekarskiego. Obwiniony lekarz może ustanowić jednego lub dwóch obrońców spośród lekarzy, adwokatów bądź radców prawnych. Przed przekazaniem sprawy do sądu lekarskiego następuje jeszcze końcowe zapoznanie z aktami w obecności rzecznika. Wtedy można przyjąć z obrońcą i wykonać fotokopie akt, można też być przesłuchanym w charakterze obwinionego w obecności obrońcy.

Skarg do OROZ wpływa kilkadziesiąt rocznie, ich liczba wciąż rośnie. Pacjenci skarżą lekarzy z różnych powodów. Czasem słusznie czują się pokrzywdzeni z powodu błędu medycznego lub niegodnego zachowania lekarza, czasem

skarga to reakcja emocjonalna na nieskuteczną komunikację z lekarzem albo na utratę bliskiej osoby, której śmierć nie była zawiniona przez lekarza, tylko nieuchronnie spowodowana chorobą. Dużo skarg dotyczy niezgodnego z oczekiwaniami pacjenta lub jego rodziny postępowania diagnostycznego lub terapeutycznego lekarza. W świadomości społecznej wciąż funkcjonują stereotypy rzekomych remediów na wszystko, dlatego pacjenci często wierzą na przykład w uniwersalną, zbawienną moc „kroplówek”. Tymczasem każde postępowanie diagnostyczne i lecznicze ma swoje wskazania i przeciwwskazania, także płynoterapia. Tę wiedzę ma jednak tylko lekarz, co powoduje często frustrację i skargi z przekazem typu: *mama umarła, bo lekarz nie zlecił jej kroplówki*. Dlatego warto pamiętać, że podczas przesłuchania najważniejsza jest merytoryka i spokojny, logiczny tok wypowiedzi.

Postrzeganie przez lekarzy okręgowego rzecznika odpowiedzialności zawodowej jako odpowiednika prokuratora nie jest trafne. OROZ to raczej rodzaj świętej inkwizycji, która pomimo swojej złej sławy tak naprawdę była powołana do strzeżenia czystości doktryny. Lekarz nie ma powodu bać się rzecznika, jeśli postępuje zgodnie z „czystą doktryną”, czyli aktualną wiedzą medyczną i Kodeksem Etyki Lekarskiej, bo właśnie tę zgodność (lub jej brak) mają za zadanie ustalić postępowania wyjaśniające. Brak stwierdzenia przez OROZ tej zgodności to oczywiście orzeczenie przewinienia zawodowego i dalsze postępowanie przed sądem lekarskim. W razie bezspornego przewinienia zawodowego warto przyznać się do błędu i wykazać skruchę, bo jest to uczciwe i może wpłynąć na wymiar kary. Jednak na etapie postępowania wyjaśniającego przed rzecznikiem nie ma powodu do nieprzespanych nocy z wizją cienia gigantycznej dłoni nadciągającego jak Nosferatu przesłuchania – niczym w mrocznym filmie Roberta Eggersa. To raczej czas na merytoryczne wyjaśnienia i spokojną narrację, bez strachu, ale i bez żartobliwych nastrojów rodem z Monty Pythona, aczkolwiek... nikt się nie spodziewa warszawskiej inkwizycji. ●

Bezpieczeństwo w szpitalach



MONIKA POTOCKA

rzecznik praw lekarza OIL w Warszawie i NIL

Jako rzecznik praw lekarza Okręgowej Izby Lekarskiej w Warszawie wystosowałam pismo do Ministerstwa Spraw Wewnętrznych i Administracji z prośbą o wszczęcie postępowania nadzorczego w sprawie nieprawidłowego postępowania funkcjonariuszy policji działających na obszarze na obszarze jednego ze szpitali psychiatrycznych w województwie mazowieckim.

Z informacji uzyskanych przez Biuro Rzecznika Praw Lekarza wynika, że policjanci nie wywiązują się z obowiązku zapewnienia bezpieczeństwa personelowi i pacjentom szpitala psychiatrycznego w przypadkach interwencji dotyczących osób pod wpływem alkoholu, agresywnych lub uniemożliwiających przeprowadzenie badania psychiatrycznego, lub somatycznego. Funkcjonariusze mają odmawiać zabezpieczenia lub przetransportowania takich osób do izb wytrzeźwień pomi-

mo jednoznacznych sygnałów, że stanowią one realne zagrożenie dla zdrowia i życia personelu medycznego i pozostałych pacjentów.

Obowiązek zapewnienia opieki i ograniczenia styczności tych osób z innymi pacjentami spada więc na lekarzy oraz personel niemedyczny. Nie dysponując ani odpowiednimi środkami przymusu bezpośredniego, ani warunkami do zapewnienia innym bezpieczeństwa, muszą jednak samodzielnie, nierzadko przez wiele godzin, chronić perso-

nel, pacjentów i samą osobę nietrzeźwą. Dla zobrazowania skali problemu przytoczyłam w piśmie do MSWiA przykład typowej sytuacji, z którą przychodzi mierzyć się personelowi danego szpitala:

Do izby przyjęć trafia osoba pod silnym wpływem alkoholu, zachowująca się agresywnie, często z historią przemocy lub przestępstw. Mimo wezwania przez personel medyczny funkcjonariusze policji często w ogóle nie przyjeżdżają, powołując się na brak podstaw interwencji lub niewłaściwość miejsca.

Zdarza się też, że nawet kiedy policja przyjedzie do szpitala, na miejscu funkcjonariusze stwierdzają, że nie mają podstaw do zatrzymania, i przekazują agresywnego człowieka pod opiekę lekarzy. Rodzi to ryzyko znieważenia i czynnej napaści na personel szpitala oraz zagraża zdrowiu i życiu hospitalizowanych pacjentów.

W piśmie do MSWiA podkreślam, że jest to sprzeczne z obowiązującymi przepisami prawa, w tym ustawą o ochronie zdrowia psychicznego i ustawą o policji. W związku z tym wnioskuję do MSWiA o wszczęcie postępowania kontrolnego i zorganizowanie spotkania robocze w celu wypracowania praktycznych i jednoznacznych procedur postępowania w sytuacjach wymagających interwencji policji wobec agresywnych i/lub nietrzeźwych osób przebywających na terenie opisanego szpitala.

Wskazuję w piśmie na potrzebę wydania odpowiednich wytycznych przypominających o obowiązku współdziałania funkcjonariuszy policji z personelem medycznym przy zabezpieczaniu osób nietrzeźwych i stwarzających zagrożenie na terenie szpitali psychiatrycznych i ogólnych.

• fot. Karolina Bartyzel



Lekarzu, czujesz, że Twoje prawa są łamane?

Skontaktuj się z **Biurem Rzecznika Praw Lekarza**

Dyżury rzecznika praw lekarza
Moniki Potockiej

🕒 środy: 12.00–16.00 | czwartki: 10.00–16.00
✉️ rzecznikprawlekarza@oilwaw.org.pl
☎️ 512 331 230 | 691 224 246

DOFINANSOWANIE WYROBÓW MEDYCZNYCH

Zachęcamy seniorów, którzy nie otrzymali dofinansowania zakupu wyrobów medycznych z NFZ ani z PFRON, do ubiegania się o **dofinansowanie oferowane przez naszą izbę.**

(Szczegóły i regulamin na stronie Fundacji Pro Seniore)

**Termin składania wniosków mija
30 czerwca 2025 r.**

REHABILITACJA

Koleżanki i Koledzy,

uprzejmie informujemy o możliwości ubiegania się przez lekarzy i lekarzy dentystów, którzy przynależą do OIL w Warszawie, ukończyli 60. rok życia i znajdują się w trudnej sytuacji materialnej, o **dofinansowanie turnusów rehabilitacyjnych i rehabilitacji w warunkach ambulatoryjnych.**

(Szczegóły i regulamin na stronie Fundacji Pro Seniore)

**Termin składania wniosków mija
30 czerwca 2025 r.**



OBIADY W KLUBIE LEKARZA

Komisja ds. Lekarzy Seniorów zaprasza seniorów lekarzy/lekarzy dentystów **w poniedziałki i czwartki w godz. 12.00–14.00 do Klubu Lekarza przy ul. Raszyńskiej 54 w Warszawie** na dofinansowane przez OIL w Warszawie obiady.

Dodatkowe informacje:
Renata Sobolewska, tel. 22 542 83 30.

DRUK RECEPT

Recepty *pro auctore* i *pro familia* dla lekarzy seniorów drukujemy w Okręgowej Izbie Lekarskiej **w Warszawie, przy ul. Puławskiej 18,** WYŁĄCZNIE

w środy w godz. 12.00–15.00.

Trzeba mieć PIN i hasło do druku recept z NFZ.



Okręgowa
Izba Lekarska
w Warszawie

Lekarskie benefity



JAKUB ZAKRZEWSKI
wiceprezes ORL w Warszawie

Każdy członek Okręgowej Izby Lekarskiej w Warszawie ma dostęp do konkretnych świadczeń, które realnie ułatwiają naszą codzienność – zawodowo i prywatnie. Wszystko to w ramach opłacanej składki. Przede wszystkim są to: bezpłatne ubezpieczenie OC, pomoc prawna, psychologiczna, a także doradztwo podatkowe i księgowe.

Jeśli lekarz lub lekarz dentysta właśnie się dokształca – może otrzymać dofinansowanie do szkoleń, kursów, podręczników czy studiów podyplomowych (nawet do 2000 zł). Jeżeli natomiast planuje staż zagraniczny – izba może dołożyć aż 7500 zł w ramach programu stypendialnego.

Dla rodzin z kolei przewidziane są liczne świadczenia, takie jak: becikowe, zwolnienie z opłacania składki podczas urlopu macierzyńskiego oraz dofinansowanie do szczepień ochronnych – zarówno dla lekarzy, jak i ich dzieci.

W szczególnie trudnych sytuacjach życiowych można ubiegać się o czasowe zwolnienie z opłacania składki oraz o skorzystanie z zapomogi losowej lub pożyczki socjalnej. Rodzinie zmarłego lekarza przysługuje prawo do ubiegania się o odprawę pośmiertną.

Aktywnym lekarzom izba oferuje m.in. dofinansowanie do udziału w zawodach sportowych – do 500 zł w przypadku

startów krajowych i do 1000 zł przy zawodach zagranicznych, a także szeroki wybór kart sportowych.

Warto też skorzystać z bogatej oferty wydarzeń integracyjnych i kulturalnych, m.in.: lekarskich mikołajek, lekarskiego Dnia Dziecka oraz Kick off Meeting, spotkania przeznaczonego dla lekarzy stażystów.

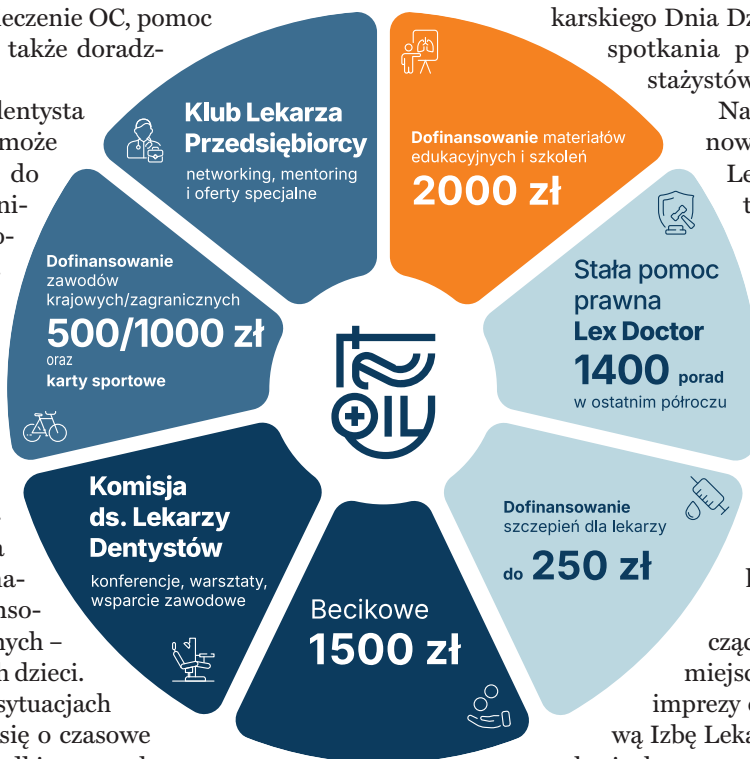
Na uwagę zasługuje również nowa izbowa inicjatywa Klub Lekarza Przedsiębiorcy. Jest to przestrzeń do wymiany doświadczeń i wsparcia dla tych lekarzy i lekarzy dentystów, którzy łączą medycynę z biznesem.

Z kolei seniorów zachęcamy do udziału w zajęciach uniwersytetu trzeciego wieku – to doskonała okazja do aktywnego spędzania czasu, rozwijania pasji i spotkań w gronie kolegów po fachu.

Stoisko informacyjne dotyczące benefitów jest zawsze na miejscu podczas każdej większej imprezy organizowanej przez Okręgową Izbę Lekarską w Warszawie. To dobra okazja, by porozmawiać, dopytać i dowiedzieć

się więcej.

Zachęcam, byście, Drogie Koleżanki i Drodzy Koledzy, sprawdzali, z jakich świadczeń możecie korzystać. Wystarczy wejść na stronę – www.izba-lekarska.pl i czerpać z benefitów, które są w zasięgu ręki.



Złoty OTIS: kiedy pasja spotyka się z nauką

24 kwietnia br. już po raz 22. odbyła się Gala Nagrody Zaufania Złoty OTIS, gromadząc wybitne postaci ze świata ochrony zdrowia, nauki i polityki. Dla izby ta edycja była szczególna, ponieważ Złoty OTIS w kategorii Lekarz i Społecznik otrzymała przewodnicząca Komisji ds. Kultury ORL w Warszawie Bożena Hoffman-Golańska. Okręgowa Izba Lekarska w Warszawie serdecznie gratuluje laureatce.



fot. D. Lebedzińska

Podczas gali wręczono 26 nagród w siedmiu kategoriach. Przyznała je Kapituła Nagrody Zaufania złożona z uznanych autorytetów w dziedzinie ochrony zdrowia.

Uroczystość została podzielona na dwie części. Pierwszą była sesja naukowa zatytułowana „Wyzwania i nadzieje w hematologii 2025”, prowadzona pod przewodnictwem prof. dr hab. n. med. Iwony Hus, jednej z najwybitniejszych specjalistek w dziedzinie hematologii.

Sesja zgromadziła ekspertów, którzy w wystąpieniach wskazywali na przełomowe osiągnięcia oraz aktualne potrzeby i wyzwania tej dziedziny.

Druga część wydarzenia obejmowała uroczyste wręczenie nagród, przeplatane inspirującymi prelekcjami znakomitych naukowców. W gronie tegorocznych laureatów znalazła się m.in. dr Bożena Hoffman-Golańska, przewodnicząca Komisji ds. Kultury Okręgowej Rady Lekarskiej w Warszawie.

Uehonorowana w kategorii Lekarz i Społecznik, została doceniona za wieloletnie działania na rzecz promocji zdrowia, wspieranie inicjatyw edukacyjnych oraz budowanie społecznego zaufania do instytucji medycznych.

Gala Nagrody Zaufania Złoty OTIS niezmiennie pozostaje jednym z najważniejszych wydarzeń środowiska medycznego w Polsce. Kolejny raz połączyła świat nauki, praktyki klinicznej oraz społecznej odpowiedzialności. ●

Bajki na receptę



fot. Bajki na receptę / Alek Wasilewski

Komisja ds. Kultury Okręgowej Rady Lekarskiej w Warszawie przygotowała niespodziankę dla wszystkich dzieci. „Bajki na receptę” to 10 krótkich animacji do wierszy napisanych przez lekarza poetę Bohdana Wasilewskiego. Od 1 czerwca, czyli od Dnia Dziecka, znajdziecie je na stronie OIL w Warszawie! ●

Spotkanie z poezją



Już 11 czerwca o godz. 18 w Klubie Księgarza na Starym Mieście (Rynek Starego Miasta 22/24) odbędzie się spotkanie z dr. n. med. Krzysztofem Saturninem Schreyerem, autorem kilku tomów poezji (m.in. „Wino życia”, „Znaki Zodiaku – miłość pisana wierszem”, „W kielichu jego dłoni”, „Człowiekiem jestem”, „Świata strony dwie”).

Spotkaniu z poezją będzie przewodniczył prezes oddziału warszawskiego Stowarzyszenia Pisarzy Polskich Zbigniew Zbikowski. Wiersze klasyczne w formie, a nowoczesne w treści przeczyta m.in. autor. Współorganizatorem wydarzenia jest Komisja ds. Kultury ORL w Warszawie. ●

22. Igrzyska Lekarskie w Zakopanem już we wrześniu

Tegoroczna edycja igrzysk lekarskich, współorganizowanych przez Naczelną Izbę Lekarską, odbędzie się 10–14 września w Zakopanem. To idealna okazja, by celebrować zamiłowanie do medycyny i aktywności fizycznej. Jak co roku, i tym razem igrzyska zapewnią zawodnikom i widzom wiele sportowych wrażeń w emocjonujących konkurencjach. Nie zabraknie też licznych atrakcji towarzyszących.

Już dziś sprawdźcie program igrzysk i dołączcie do społeczności lekarzy kochających sport!



Więcej informacji nt. dyscyplin, opłat wpisowych oraz zapisy na stronie: www.igrzyskalekarskie.org

XIII Mistrzostwa Polski Lekarzy w Badmintonie

DR KRZYSZTOF MAKUCH

6 kwietnia 2025 r. w gościnnym Centrum Sportu Uniwersytetu Medycznego w Łodzi już po raz 13. lekarze rywalizowali o mistrzowskie tytuły. Reprezentanci OIL w Warszawie osiągnęli spektakularny sukces, zdobywając 16 medali.

Tradycyjnym wygrany był multi-medalista Tomasz Ziółek – trzykrotny wicemistrz Polski amatorów, wielokrotny zwycięzca w MPL i igrzyskach lekarskich – który zdobył złoty medal w kategorii +45 oraz w de-

blu z Mirosławem Steciem (WIL), dokładając brązowy krążek w mikście z Małgorzatą Pietrzyk-Staszczuk. Ziółek jest ortopedą, kierownikiem Ambulatorium Urazowego Szpitala Carolina w Warszawie. Złoto w kategorii +55 oraz

brązowy medal w deblu zdobył Piotr Orzechowski, warszawski kardiolog, uczestnik MPL od III edycji.

Szczególnie cieszą sukcesy naszych debutantów w mikstach w kategorii +45: srebro Agnieszki Ambrzykowskiej, lekarzki rodzinnej z przychodni przy ul. Elekcyjnej, z Mikołajem Danką, pediatrą z IMiDZ, oraz brąz Haliny (laryngolog) i Jacka (stomatologa) Janczarskich, uzupełnione srebrnym medalem w kategorii -45 Olgi i Bartłomieja Grabowskich. Nasze panie dołożyły medale srebrne: Halina Janczarska w kategorii +45 oraz w deblu z Joanną Karolewską (DIL), a także Olga Grabowska w singlu open. Bartłomiej Grabowski zdobył również dwa medale brązowe w singlu oraz deblu.

Kolekcję medali uzupełnili nasi seniorzy: Jacek Janczarski (srebro w deblu z Markiem Druchem) oraz Krzysztof Makuch (brąz w kategorii +65 oraz złoto w deblu ze Zbigniewem Jarosikiem).

Największą wartością zawodów była integracja połączona ze sportową rywalizacją na wysokim poziomie. Ogromny szacunek dla organizatorów – sportowej rodziny Bibików: Roberta, jego synów Adama i Krzysztofa, studentów UM w Łodzi, a także żony i mamy – dzięki którym mogliśmy być uczestnikami tego wspaniałego wydarzenia. ●



fot. Krzysztof Makuch



Lekarski Uniwersytet Trzeciego Wieku „Nestor”



2025 r.
godz. 11.00

TEMATY WYKŁADÓW W II SEMESTRZE III ROKU AKADEMICKIEGO (2024/2025)

- 10.06. „Ignacy Jan Paderewski – kompozytor, pianista, polityk” – dr Michał Rybak
- 24.06. „Operacje na patentach – o ochronie własności intelektualnej w praktyce” – dr Piotr Zakrzewski
- 1.07. „Współdziałajmy w osiągnięciu zdrowia jamy ustnej” – prof. dr hab. Maria Borysewicz-Lewicka

Liczba miejsc ograniczona. Udział w zajęciach LUTW „Nestor” tylko dla osób zarejestrowanych.
W razie pytań prosimy o kontakt z izbą pod numerem tel.: 22 542 83 33.



ZDROWY KRĘGOSŁUP METODĄ FMS

W każdy **poniedziałek i czwartek (oprócz 2, 5 i 19 czerwca)** o godz. 11.00
zapraszamy uczestników LUTW „Nestor” na zajęcia gimnastyczne
„Zdrowy kręgosłup metodą FMS”
do **Centrum Sportowo-Rehabilitacyjnego WUM przy ul. Księcia Trojdena 2c**
(sala 2.79 na I piętrze).

Konieczne jest obuwie na zmianę, warto też mieć strój sportowy,
wodę i ręcznik do położenia na matę.

Amerykański sen to tylko... sen

DR N. MED. PAWEŁ DASZKIEWICZ

W odpowiedzi na artykuł zamieszczony w marcowym wydaniu „Pulsu” otrzymaliśmy list od naszego czytelnika. Publikujemy go na łamach miesięcznika, bo od tego także jest „Puls” – aby lekarze mogli ze sobą dyskutować. Czekamy na więcej listów od Państwa!

Z zainteresowaniem przeczytałem artykuł pt. „Amerykański sen” Pana doktora Rafała Zadykowicza („Puls”, marzec 2025 [359], s. 48–49). Jako lekarz na emeryturze ciekaw byłam wrażeń młodszego kolegi, wchodzącego w „dorosłe” życie zawodowe już jako specjalista (ginekologia i położnictwo). Nie chcę wyjść na tzw. starego zrzedę, ale muszę podzielić się kilkoma uwagami.

Razi mnie powierzchowność osądu – czyli opinia o danym kraju na podstawie widoku z okna pięciogwiazdkowego hotelu. Podzielałam zachwyt Pana doktora odnośnie do osiągnięć amerykańskiej telemedycyny, dbania o komfort pacjenta, języka komunikacji i dialogu w zespole medycznym (naprawdę ważne). Zabrakło mi jednak przynajmniej rzutu oka na całość opieki zdrowotnej w USA, a zwłaszcza na jej finansowanie (ubezpieczenia prywatne, dotacje rządowe, fundacje, granty od firm itp.). Zacząć należy od tzw. twardych fak-

tów. Już kilkuminutowy *research* w internecie (zachowajmy światowy *flair*!) pokazuje, że rocznie w Polsce na głowę obywatela wydajemy ok. 1591 euro (dane za 2023 r.), podczas gdy w USA – 13 393 dolary (dane za 2022 r.). Zakładając porównywalny kurs EUR/USD (różnica 0,09 centa), jest to ok. osiem i pół raza więcej.

Zamiast jak zwykle narzekać, może przy kolejnych wyborach zagłosujemy na partię, która coś w tym zakresie realnie poprawi. Jednocześnie, mimo tak gigantycznych nakładów, parametry uznawane powszechnie za obiektywne wskaźniki jakości systemu ochrony zdrowia (średnia długość życia, umieralność okołoporodowa matek i noworodków, odsetek osób z chorobami przewlekłymi, jakość profilaktyki, np. odsetek osób otyłych w populacji ogólnej itp.) są w Polsce wyraźnie lepsze niż w USA, dlatego zachwyt nad medycyną amerykańską ograniczoną do jej wydania topowego (*Ivy League*) wydaje się



powierzchnowy i nieobiektywny (żeby nie użyć mocniejszych przymiotników).

Nikt nie przeczy osiągnięciom nauki i medycyny amerykańskiej, wynikającym m.in. z ww. olbrzymich nakładów i możliwości „drenażu mózgów” z całego świata (w tym także z Polski). Świadczy o tym odsetek Nagród Nobla w dziedzinie medycyny i nauk pokrewnych przyznawanych uczonym amerykańskim. Swoją drogą, ciekaw jestem, na co tak naprawdę idą te olbrzymie środki. Mam nieodparte wrażenie, że w dużym stopniu na pensje, nadmiar personelu (wg polskich standardów) i estetykę infrastruktury.

Kolejna (wstydliva) sprawa jest taka, że nawet obecnie ok. 8 proc. populacji USA pozostaje poza systemem ubezpieczeń społecznych (jeszcze na początku XXI w. odsetek ten wynosił 16 proc.). Jest to temat na tyle społecznie ważny, że w kinematografii amerykańskiej dość częstym motywem jest zbieranie pieniędzy na pokrycie kosztów leczenia. Zdaje sobie sprawę, że ten temat zupełnie nie pasuje do tezy Pana doktora.

Znowu według danych amerykańskich – 83 proc. ginekologów-położników w USA ma proces sądowy co najmniej raz w swojej karierze lekarskiej. Prawa statystyki są nieubłagane i jeśli



fot. licencja Oil w Warszawie

ryzyko zdarzenia wynosi 1 proc., to mając w swoim dorobku jeden przypadek, to jest nadal 1 proc., ale mając 100 przypadków – ryzyko zdarzenia wynosi 100 proc. Zapewniam też Pana doktora, że na tzw. wysokim sędzie ani trzymanie pacjenta/pacjentki za rękę, ani lzy lekarza naprawdę nie robią wrażenia.

Szeroko pojęta ochrona zdrowia (edukacja, profilaktyka, szpitalnictwo, farmacja, technika medyczna itp.), przy odpowiednim ustawieniu, zawsze była i pewnie będzie znakomitym biznesem, z usługobiorcami i usługodawcami, pośrednikami, menedżerami itp. Będąc, jak już wspominałem, lekarzem na eme-

ryturze, całe życie zawodowe uczciwie płacąc składki wszelakie, coraz bardziej z usługodawcy robię się usługobiorcą i coraz częściej mam okazję testować system. Każdemu lekarzowi, zwłaszcza młodemu, radziłbym choć raz w życiu tak właśnie przetestować system, ale nie zaczynając od telefonu do znajomego lekarza czy oświadczając gromkim głosem już na progu: *jestem lekarzem*.

Na przestrzeni mojego życia zawodowego zarówno Polska, jak i medycyna zmieniły się nie do poznania (przepraszam za banał i truizm). To, co kiedyś zakrawało na cud, obecnie uważa się za coś oczywistego i standard (do

wiadomości młodych: w PRL cudem byłby zarówno bezproblemowy zakup pełnego baku benzyny czy kilograma mięsa, jak i uzyskanie osiąganych dziś wyników leczenia guzów mózgu czy bezpłodności).

Z drugiej strony, niestety, obniżył się prestiż naszego zawodu, a wzrosła roszczeniowość pacjentów. Możliwości technologiczne i wymagania naukowe wzrosły niepomniernie przy jednocześnie łatwym i powszechnym dostępie do informacji wszelkiej. Ale to ma dziś każdy, więc aby się wyróżnić w tłumie, trzeba zaoferować światu coś więcej niż inni.

Na tym tle robią wrażenie aspiracje i zaradność Pana doktora w zarządzaniu swoją karierą, a także zdolność do autoreklamy (*...wszystkie stypendia i wymiany, które mam za sobą, odbyłem w topowych europejskich klinikach..., doświadczenia z pobytów w Szwajcarii, Austrii, Belgii czy Francji; ...staż odbyłem w jednym z najbardziej prestiżowych ośrodków w USA...* oraz cały końcowy akapit, którego nie będę cytował z braku miejsca i czasu). Bardziej to pasuje do laudacji albo CV przy okazji aplikacji o pracę, albo do kolejnego stażu czy projektu naukowego. Na łamach „Pulsu” czyta się to trochę dziwnie, ale być może to tylko moja ocena...

Na koniec chciałbym życzyć zarówno Autorowi artykułu, jak i wszystkim młodym lekarzom, aby będąc na moim etapie, mogli zacytować za św. Pawłem z listu do Tymoteusza: *w dobrych zawodach wystąpiłem, bieg ukończyłem, wiary ustrzegłem* (2 Tm 4,7). ●



KONSULTACJE DORADCY PODATKOWEGO W SKŁADCE CZŁONKOWSKIEJ



Lekarzu, możesz skorzystać z usług doradcy podatkowego w ramach opłaconej składki członkowskiej.



Umów się na konsultację

Główna Biblioteka Lekarska – więcej niż miejsce z książkami

Dr n. med. Feliks Orchowski, dyrektor Głównej Biblioteki Lekarskiej im. Stanisława Konopki, mówi, co można w niej zobaczyć, z czego można skorzystać i że biblioteka to wcale nie jest przeżytek.

rozmawiała **DOROTA LEBIEDZIŃSKA**

Jak to się stało, że praktykujący lekarz został dyrektorem biblioteki?

Życie bywa nieprzewidywalne. Praca w bibliotece pozwala mi pozostać blisko środowiska medycznego.

Czy rzeczywiście lekarze przychodzą do biblioteki?

Biblioteka jest niezbędna lekarzom, rezydentom, a zwłaszcza studentom. Trudno przecież mieć na własność wszystkie wymagane książki, dokumenty czy artykuły naukowe. Posiadanie całej bibliografii jest praktycznie niemożliwe. Czasami potrzebne są jedynie wybrane dane, a dostęp do niektórych baz wiedzy bywa bardzo kosztowny. Biblioteki, takie jak Główna Biblioteka Lekarska, zapewniają dostęp online do szero-

kiego zasobu informacji, co w znaczący sposób ułatwia pracę i naukę. Dzięki temu każdy zainteresowany może skorzystać z tego swoistego „banku wiedzy” i pozyskać potrzebne materiały bez ponoszenia wysokich kosztów.

Biblioteka zapewnia również możliwość cichej i spokojnej pracy. Umożliwia skupienie się, oferując odpowiednie warunki lokalowe. Każdy może tu przyjść i bez obaw czy presji związanej z czasem lub dostępnością zasobów skorzystać z materiałów oraz przestrzeni do nauki i pracy.

Nawet w dobie cyfryzacji i powszechnego dostępu do niezmierzzonego internetu?

Tak, bardzo wielu lekarzy wciąż korzysta z zasobów biblioteki. Wspierają się

nimi również przedstawiciele innych zawodów związanych z ochroną zdrowia, np. pielęgniarki, fizjoterapeuci czy farmaceuci. Kiedyś rzeczywiście było inaczej – przychodzili oni osobiście, przepisywali informacje ręcznie. Dziś dominują rozwiązania cyfrowe – staramy się zapewnić naszym czytelnikom dostęp do e-booków, baz czasopism i książek. Oferujemy dostęp do Polskiej Bibliografii Lekarskiej, bazy Tez-MeSH, przygotowujemy tematyczne zestawienia literatury oraz potwierdzamy udział w publikacjach naukowych. W naszych zbiorach znajdują się również starodruki, archiwalia i muzealia.

W dobie cyfryzacji lekarze rzeczywiście najczęściej korzystają z zasobów w formie elektronicznej – otrzymujemy od nich zamówienia drogą internetową, na podstawie których przygotowujemy odpowiednie zestawienia materiałów dotyczących interesujących ich tematów, a następnie przesyłamy je w wersji elektronicznej. Obecnie większość działań przeniosła się do internetu, co w obliczu natłoku obowiązków zawodowych jest dla lekarzy znacznie wygodniejsze. Zamiast samodzielnie poświęcać wiele godzin na wyszukiwanie informacji, mogą zlecić to bibliotekarzom. Takich zamówień mamy naprawdę dużo.

Czyli biblioteka stała się swego rodzaju „researcherem”?

Tak, można tak powiedzieć. Na razie obserwujemy, w jakim kierunku to wszystko będzie się rozwijało, zwłaszcza że obecnie jesteśmy w fazie transformacji. Przeprowadzamy modernizację naszych baz autorskich opartą na nowoczesnej platformie DSpace CRIS, która otworzy przed nami nowe możliwości. Dzięki zastosowaniu otwartych standardów i protokołów wymiany danych bazy będą w pełni zintegrowane z najważniejszymi międzynarodowymi agregatorami i indeksami naukowymi, takimi jak PubMed czy CrossRef.

Nie wszystkie nasze zbiory są zdigitalizowane. Naszym celem jest udostępnianie zasobów szerszej grupie odbiorców: uniwersytetom, instytucjom naukowo-badawczym oraz izbom lekarskim, które umożliwiłyby swoim członkom i pracownikom łatwiejszy dostęp do naszych materiałów.

Biblioteka wspiera także przygotowywanie dorobku naukowego oraz dokumentacji potrzebnej do procesów ewaluacyjnych. Chociaż zmienił się sposób korzystania z jej zasobów, to jednak zauważamy, że okresowo wzrasta także liczba osób odwiedzających bibliotekę osobiście, aby pracować na miejscu. Wystąpiliśmy też o zgodę na działalność komercyjną. Organizujemy zatem na warszawskim Jazdowie – unikalne w skali kraju ze względu na przebogate zbiory znajdujące się w Dziale Starej Książki Medycznej – Muzeum Medycyny. Chcielibyśmy umożliwić szerszy dostęp do naszych zbiorów muzealnych, także osobom indywidualnym. Zwiedzanie będzie możliwe po wcześniejszej rezerwacji i w wyznaczonych godzinach. Planujemy też wspólne inicjatywy kulturalne, takie jak wystawy malarstwa i fotografii lekarzy artystów. Pomieszczenia udostępniamy na bardzo korzystnych warunkach.

W marcu Główna Biblioteka Lekarska podpisała porozumienie z Okręgową Izbą Lekarską w Warszawie. Czego ono dotyczy?

To dla nas ogromny zaszczyt. Podpisaliśmy porozumienie zarówno z Okręgową, jak i Naczelną Izbą Lekarską. Naszym celem jest umożliwienie lekarzom dostępu do naszych zasobów. Lekarze odwiedzający siedzibę OIL będą mieli możliwość korzystania z naszych baz, co niewątpliwie ułatwi im weryfikację piśmiennictwa oraz bibliografii do przygotowywanych prac, wykładów czy referatów. Umowa przewiduje również szkolenia specjalizacyjne, organizacyjne oraz kursy doszkalające dla pracowników ochrony zdrowia i personelu medycznego. Szczegóły i warunki są jeszcze przedmiotem rozmów. Dodatkowo planujemy współpracę w zakresie organizacji wystaw czasowych prezentujących nasze muzealne zbiory. Planujemy udostępnianie muzealnych artefaktów – książek, dokumentów, przedmiotów związanych z historią medycyny. W Izbie Lekarskiej będą organizowane rotacyjne wystawy. Nie ma sensu tworzyć nowego muzeum, skoro możemy współdziałać i prezentować nasze bogate zbiory, które obecnie przechowywane są w Dziale Starej Książki Medycznej.

Co będzie prezentowane w pierwszej kolejności?

Prezes Drobniak odwiedził naszą siedzibę na Jazdowie, ogłądał zbiory. Dokonano wstępnego wyboru eksponatów. Teraz czekamy na ostateczne decyzje. Ważne będzie przygotowanie odpowiedniego miejsca wystawowego, oczywiście z zachowaniem wymagań bezpieczeństwa.

A jakie są najcenniejsze zbiory biblioteki?

Wśród naszych najcenniejszych zasobów znajdują się m.in. oryginalne dzieło Kopernika, biurko Marii Skłodowskiej-Curie, dyplomy lekarskie i atlasy anatomiczne nawet z XVII w., ręcznie malowane zielniki, prace Witkacego, listy Henryka Sienkiewicza i Józefa Ignacego Kraszewskiego, dokumenty generała Józefa Hallera, zbiór dagerotypów i fotografii do dziejów medycyny czy kompletne archiwum Izby Lekarskiej Warszawsko-Białostockiej wraz z unikalnymi tekami personalnymi medyków. Łącznie posiadamy około 130 tysięcy różnego rodzaju eksponatów i dokumentów.

Jak wygląda obecnie działalność wystawiennicza biblioteki?

Organizujemy wystawy rotacyjne. Dzięki temu ekspozycje są dynamiczne i przyciągają większe zainteresowanie. 17 maja podczas Nocy Muzeów zorganizowaliśmy event z rekonstrukcją wojenską i prezentacją szpitala wojskowego.

Książki pozostają cenne, ale wymagają odpowiednich warunków przechowywania.

Niestety, po około 10 latach wiele z nich traci aktualność, przez co jesteśmy zmuszeni do ich wycofywania z zasobów. Staramy się jednak przekazywać



fot. D. Lebedzińska

je innym organizacjom, zamiast je utylizować. Nie mamy serca ich wyrzucać. Jednak jest to problem, bo książka nabiera wartości dopiero po 100 latach.

Dlaczego warto odwiedzić Bibliotekę Lekarską?

Jak zachęcić do tego lekarzy?

W naszej bibliotece oferujemy dostęp do bardzo bogatych zbiorów – zarówno polskich, jak i zagranicznych – czasopism, książek oraz różnego rodzaju materiałów naukowych. Pomagamy w szukaniu źródeł do prac licencjackich, magisterskich, doktorskich czy habilitacyjnych.

To miejsce, gdzie można nie tylko zdobywać wiedzę, ale też po prostu spokojnie popracować – mamy przyjazną przestrzeń do nauki.

Szczególnie zapraszamy do Działu Starej Książki Medycznej. To miejsce wyjątkowe – przede wszystkim dla lekarzy, a zwłaszcza dla studentów medycyny i młodych medyków. Chcielibyśmy, żeby mieli okazję zobaczyć, jak długa, trudna, ale też piękna jest historia tego zawodu. To naprawdę pomaga zrozumieć jego sens i wagę. ●

Udawany strach

JADWIGA WIELGAT-HEJDUK

pediatra, absolwentka AM w Warszawie z 1969 r.

Kto studiował medycynę w Akademii Medycznej w Warszawie w latach 60., 70. ubiegłego wieku, zapewne chodził na wykłady znanego ginekologa, profesora Ireneusza R. Był on wybitnym specjalistą cenionym przez pacjentki, a w środowisku medycznym uchodził za niezwykle wymagającego szefa i nauczyciela.

My, studenci, baliśmy się go jak ognia. Jego krzaczaste brwi i oczy za szklami okularów przyprawiły co niektórych o szybsze bicie serca. Najbardziej baliśmy się egzaminu.

Profesor kontrolował pracę kliniki także po południu, zwłaszcza porodówkę. Portier dyżurujący przy wjeździe do szpitala wypatrywał jego samochodu i telefonicznie dawał sygnał personelowi. Myślę, że groźny szef doskonale o tym wiedział.

W czasie nauki na piątym roku odbywaliśmy ciekawe ćwiczenia w klinice. Były to zajęcia całotygodniowe. W związku z tym „mieszkaliśmy” w szpitalu przez cały czas, wszak dzieci przychodzą na

świat o każdej porze dnia i nocy. Dyżurowaliśmy razem z położnymi i lekarzami położnikami. Dostawaliśmy wyżywienie i zakwaterowano nas w kilku osobowych pokojach, przystosowanych do odpoczynku i snu w chwilach wolnych od dyżurów na porodówce.

Również w ramach zajęć wydelegowani studenci przygotowywali referaty dotyczące przypadków z ginekologii i położnictwa, po czym referowali na wykładzie profesora.

Odbywało się to w następujący sposób: najpierw trzeba było wybrać odważnego „straceńca”, który sprostą wymaganiom i nie wpadnie w panikę, gdy profesor zacznie na wykładzie zadawać mu pytania. Czasami, jak nas straszono, było to burzliwe i niezbyt miłe.

Tak się złożyło, że do tego zadania tym razem zostaliśmy „zaproszeni” ja z kolegą. Przygotowywaliśmy się solidnie przez kilka dni. I nastąpiło najgorsze. Wsiadliśmy do auta profesora (sam woził takich studentów na swój wykład), grzecznie usiedliśmy na tylnym siedze-

niu. W drodze na wykład, po kilkunastu minutach panującej w samochodzie ciszy, szepnęłam mojemu koledze, że *ja okropnie boję się pana profesora*. Celowo mówiłam to tak, aby usłyszał.

Wieczorem jak zwykle odbywał się obchód na porodówce. Ustawieni w szeregu czekaliśmy na profesora. Mój towarzysz wyprawy do sali wykładowej spoglądał na mnie z niepokojem. Oboje zastanawialiśmy się, czy profesor w samochodzie usłyszał moje słowa.

Podczas obchodu miał zwyczaj zadawać każdemu studentowi szczegółowe pytania o przebieg porodu i o to, co wie o danym przypadku. Gdy stanął naprzeciw mnie, spojrzał znad okularów i powiedział: *a to ta, co się mnie boi*, po czym zwrócił się do następnej studentki.

Kilka miesięcy po moim podstępie zdawałam swój egzamin końcowy. Ku mojemu wielkiemu przerażeniu właśnie u profesora Ireneusza R. Nie wiem, czy pamiętał tamto wydarzenie, ale zdałam...

Szanowni Lekarze i Lekarze Dentyści,

każdy z Was ma w pamięci wyjątkowe momenty – pierwszego pacjenta, niezapomniane dyżury, ciekawe przypadki, anegdoty z czasów studenckich. Chwile, które kształtowały Was jako lekarzy i które warto ocalić od zapomnienia.

Zapraszamy do podzielenia się swoimi wspomnieniami na łamach naszego miesięcznika. Może to być zabawna historia, refleksyjna opowieść lub poruszający moment z codziennej praktyki. Zachęcamy do nadsyłania tekstów (maks. 6 tys. znaków ze spacjami) i kilku zdjęć, którymi ubarwimy opowieść. Najciekawsze wspomnienia opublikujemy w kolejnych numerach „Pulsu”.

Czekamy na Wasze historie pod adresem puls@oilwaw.org.pl



fot. archiwum prywatne

Zimowy poligon

JADWIGA WIELGAT-HEJDUK

pediatra, absolwentka AM w Warszawie z 1969 r.

W czasie moich studiów medycznych my, studentki, na równi z kolegami odbywałyśmy szkolenie wojskowe. W związku z tym otrzymałyśmy stosowny wojskowy strój. Składał się on z bluzy, spodni, butów, płaszcza, beretu, ciepłych rękawiczek i skarpet. Słowem, kompletne umundurowanie żołnierza. Po zdaniu ostatniego egzaminu trzeba było wszystko zwrócić. Ze względu na mój wzrost i wagę 12-letniej dziewczynki mieszczącej się poniżej 50. centyla nie przydzielono mi płaszcza. Nie przewidziano takiego rozmiaru. Spodnie i bluzę udało się nieco zmniejszyć. Latem prezentowałam się nawet ładnie,

ale zimą na mundur musiałam zakładać cywilną kurtkę.

Na czwartym roku miały odbyć się ćwiczenia na terenie jakiejś jednostki wojskowej. Wypadły w połowie bardzo mroźnego lutego. Dwugodzinna podróż w starej, wojskowej ciężarówce z dziurawą plandeką spowodowała, że koleżanki wyglądały jak zielone sople lodu. A warkot silnika był skutecznie zagłuszany szczerkaniem zębów. Jedyne ja otulona białym kożuchem czułam, że jeszcze całkowicie nie zamarzłam.

Na placu przed strzelnicą powitała nas grupa wojskowych. Padła komenda: *w szeregu zbiórka*. Tupiąc butami,

uformowałyśmy koślawy rząd. Ja jak zwykle stanęłam na końcu. Nagle od grupy oficerów odłączył się nieznany nam pułkownik i żołnierskim krokiem skierował się prosto w moim kierunku. Zamarłam ze strachu.

Zatrzymał się przede mną. Z wysooka popatrzył na mój siny nos i fioletowe policzki. Zdziwiony zapytał: *zimno?* Mruknęłam nieregularnie: *aha*. On pochylił się nade mną, podniósł mój kołnierz i otulił mi szyję.

Musztura i strzelanie wypadły gorzej niż źle. Kolejne dni spędziłyśmy w łóżkach, łykając aspirynę.

Ale te ćwiczenia na poligonie przełożeni zaliczyli nam na ocenę dostateczną. ●

**UCHWAŁA NR 66/R-IX/25
OKRĘGOWEJ RADY LEKARSKIEJ W WARSZAWIE
Z 23 KWIETNIA 2025 R.**

**w sprawie rekomendowania kandydatów do udziału
w pracach Europejskiej Unii Lekarzy Specjalistów (UEMS)**

Na podstawie art. 25 pkt 10 ustawy z 2 grudnia 2009 r. o izbach lekarskich (t.j. Dz.U. z 2021 r., poz. 1342), a także w zw. z udziałem młodych lekarzy będących w trakcie specjalizacji w pracach Europejskiej Unii Lekarzy Specjalistów (UEMS) w obszarze kształcenia specjalizacyjnego jako przedstawicieli Europejskiego Stowarzyszenia Młodych Lekarzy (EJD), stanowiącego załącznik do uchwały nr 74/24/P-IX z 24 maja 2024 r. prezydium Naczelnej Rady Lekarskiej – uchwala się, co następuje:

§ 1

Okręgowa Rada Lekarska do uczestnictwa w pracach sekcji specjalistycznej Europejskiej Unii Lekarzy Specjalistów rekomenduje n.w. osoby:

kol. Jędrzeja Skorupkę, posiadającego prawo wykonywania zawodu nr 3614878, będącego w trakcie odbywania szkolenia specjalizacyjnego w dziedzinie urologii,

kol. Michała Kozaczuka, posiadającego prawo wykonywania zawodu nr 3636836, będącego w trakcie odbywania szkolenia specjalizacyjnego w dziedzinie medycyny rodzinnej, oraz

kol. Magdalenę Zgliczyńską, posiadającą prawo wykonywania zawodu nr 3585088, będącą w trakcie odbywania szkolenia specjalizacyjnego w dziedzinie endokrynologii.

§ 2

Zobowiązuje się sekretarza Okręgowej Rady Lekarskiej w Warszawie do przekazania Naczelnej Izbie Lekarskiej wniosków zawierających kandydatury lekarzy wraz z ich dossier, rekomendacją oraz informacją na temat szkolenia specjalizacyjnego, które aktualnie odbywają.

§ 3

Uchwała wchodzi w życie z dniem podjęcia.

Koledze

dr. Jackowi Gomółce

wyrazy szczerego współczucia z powodu śmierci

Mamy

składają koleżanki i koledzy z Wydziału Orzecznictwa
Lekarskiego II O/ZUS w Warszawie



Z ogromnym żalem pożegnaliśmy 8 maja 2025 r. na cmentarzu Powązkowskim w Warszawie znakomitą publicystkę, naszą koleżankę

red. Ewę Dobrowolską

1946–2025

Ewa Dobrowolska była związana m.in. z redakcjami „Stolicy”, „Służby Zdrowia” i „Pulsu”.

Pamiętamy Ją przede wszystkim jako autorkę publikowanych przez ponad dziesięć lat na naszych łamach w cyklu „Sagi rodzinne” opowieści o słynnych rodach lekarskich.

Artykuły te zostały zebrane w publikacji „Odrodzony stan lekarski” wydanej nakładem OIL w Warszawie z okazji 25-lecia odrodzonego samorządu lekarskiego.

Ewa miała niezwykle talent literacki.

Będzie nam Jej brakowało.

Redakcja miesięcznika „Puls”

WYDAWCA MIESIĘCZNIKA OIL W WARSZAWIE „PULS”

02-512 Warszawa, ul. Puławska 18, tel. 22 542 83 59, puls@oilwaw.org.pl

REDAKTOR NACZELNA: Aleksandra Sokalska, **ZASTĘPCA REDAKTOR NACZELNEJ:** Dorota Lebiedzińska

SEKRETARZ REDAKCJI: Karolina Stępniewska – k.stepniewska@oilwaw.org.pl

WSPÓŁPRACUJĄ: Jerzy Bralczyk, Anetta Chęcińska, Magdalena Flaga-Łuczkiwicz, Dominik Héjji, Maria Libura, Filip Niemczyk, Hanna Odziemska, Artur Olesch, Małgorzata Solecka, Paweł Walewski, Małgorzata Wódz

ZGŁOSZENIA ZMIAN ADRESÓW: tel. 22 542 83 14, rejestr@oilwaw.org.pl

REKLAMA I MARKETING: Renata Klimkowska – tel. 22 542 83 53, 668 373 100, marketing@oilwaw.org.pl

KONCEPCJA GRAFICZNA I SKŁAD: Marta Konarzewska

KOREKTA: Grażyna Nawrocka, Magdalena Jabłonowska

DRUK: Eurodruk-Poznań Sp. z o.o.

Redakcja zastrzega sobie prawo do adiustacji artykułów i listów, dokonywania skrótów oraz zmian tytułów.

Materiałów niezamówionych nie zwracamy. Redakcja nie odpowiada za treść reklam i ogłoszeń.

Zawarte w artykułach i felietonach opinie nie są stanowiskiem redakcji.

© Copyright by OIL w Warszawie im. prof. Jana Nielubowicza. Wszelkie prawa do przedruku są zastrzeżone.



Okręgowa Izba Lekarska w Warszawie

Artur Drobniak PREZES ORL
Krzysztof Herman WICEPREZES ORL
Olga Rostkowska WICEPREZES ORL
Jakub Zakrzewski WICEPREZES ORL
Dariusz Paluszek WICEPREZES ORL DS. LEKARZY DENTYSTÓW
Karol Stępniewski WICEPREZES ORL, PRZEWODNICZĄCY DELEGATURY RADOMSKIEJ
Magdalena Flaga-Łuczkiwicz PEŁNOMOCNIK OIL DS. ZDROWIA LEKARZY I LEKARZY DENTYSTÓW
Piotr Wincianas PEŁNOMOCNIK PREZESA ORL DS. OPERACYJNYCH
Agnieszka Skoczylas PEŁNOMOCNIK OIL DS. OPIEKI SENIORALNEJ I GERIATRII
Robert Madejek PEŁNOMOCNIK OIL DS. PRZECIWDZIAŁANIA DYSKRYMINACJI
Michał Gontkiewicz SKARBNIK
Jacek Sowiński SEKRETARZ ORL
Zuzanna Wojdyńska ZASTĘPCA SEKRETARZA ORL
Krzysztof Jankowski OKRĘGOWY RZECZNIK ODPOWIEDZIALNOŚCI ZAWODOWEJ
Arkadiusz Bogucki PRZEWODNICZĄCY OKRĘGOWEGO SĄDU LEKARSKIEGO
Elżbieta Latoszek-Banasiak PRZEWODNICZĄCA OKRĘGOWEJ KOMISJI REWIZYJNEJ

KONTAKT

RECEPCJA tel. 22 542 83 48
SEKRETARIAT tel. 22 542 83 40 | 22 542 83 42 | 22 542 83 82
BIURO SEKRETARZA ORL tel. 22 542 83 31
BIURO OROZ tel. 22 542 83 22 | 22 542 83 23 | 22 542 83 24 | 22 542 83 27
KASA czynna: środa w godz. 9.00–15.00 (przerwa od godz. 12.00 do 12.30)
SKŁADKI tel. 22 542 83 38 | 22 542 83 39 | 22 542 83 78
OKRĘGOWY SĄD LEKARSKI tel. 22 542 83 20 | 22 542 83 21
OKRĘGOWA KOMISJA REWIZYJNA tel. 22 542 83 25

KOMISJE STAŁE

REJESTRACJI I PRAWA WYKONYWANIA ZAWODU tel. 22 542 83 16
PRAKTYK LEKARSKICH tel. 22 542 83 84 | 22 542 83 19
LEKARZY DENTYSTÓW tel. 22 542 83 55
OKRĘGOWA KOMISJA WYBORCZA tel. 22 542 83 74
KONKURSÓW NA STANOWISKA KIEROWNICZE W OCHRONIE ZDROWIA tel. 22 542 83 30
BIOETYCZNA PRZY OIL W WARSZAWIE tel. 22 542 83 12
DS. STAŻU PODYPLOMOWEGO tel. 22 542 83 32 | staz@oilwaw.org.pl

KOMISJE I ZESPOŁY PROBLEMOWE

**MŁODYCH LEKARZY, KULTURY, SPORTU, WSPÓŁPRACY Z ZAGRANICĄ,
MATEK LEKAREK, MONITOROWANIA NARUSZEŃ W OCHRONIE ZDROWIA, SZCZEPIEŃ
DS. ZWOLNIEŃ LEKARZY Z OBOWIĄZKU OPŁACANIA SKŁADKI CZŁONKOWSKIEJ** | skladki@oilwaw.org.pl
Kontakt przez zespół obsługi komisji tel. 22 542 83 90 | 22 542 83 33
SPRAWY LEKARZY SENIORÓW tel. 22 542 83 30

POZOSTAŁE

OŚRODEK DOSKONALENIA ZAWODOWEGO LEKARZY I LEKARZY DENTYSTÓW tel. 22 542 83 76
| 22 542 83 77 | odz@oilwaw.org.pl
RADA FUNDUSZU SAMOPOMOCY tel. 22 542 83 33
DZIAŁ MEDIÓW I STRATEGII KOMUNIKACJI tel. 22 542 83 83
MARKETING I REKLAMA tel. 22 542 83 53 | 668 373 100 | marketing@oilwaw.org.pl
DELEGATURA RADOMSKA (26-600 Radom, ul. Rwańska 16) tel. 48 331 36 62
poniedziałek, wtorek i piątek w godz. 8.00–16.00 | środa i czwartek w godz. 9.00–17.00



02-512 Warszawa | ul. Puławska 18 | tel. 22 542 83 48
biuro@oilwaw.org.pl
NIP 522-00-02-357

izba-lekarska.pl



APARTAMENTY
INWESTYCYJNE
OFERTA
DLA
LEKARZY

RABAT
-10%

DLA PRACOWNIKÓW
PLACÓWEK
MEDYCZNYCH

Nano Apart to wysokiej klasy apartamentowiec zlokalizowany przy ulicy Grochowskiej w Warszawie. Apartamenty zostaną wyposażone i wykończone pod klucz w standardzie odpowiadającym czterogwiazdkowym hotelom.

Korzystaj samemu lub wynajmij i zarabiaj*

WAŻNE: pełny zwrot VAT przysługuje,
nawet jeśli zakupu dokonuje osoba prywatna, np. lekarz.

Doradcy: Krystyna +48 696 646 660 / Tomasz +48 888 549 007 / www.nanoapart.pl

Apartament 21 m² / **cena dla lekarzy – 336 tys. zł netto**

* gwarancja pełnej obsługi najmu